



Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Adério Joni de Freitas Rocha

**Liderança e Desempenho Profissional
em Enfermagem – uma análise aos
Cuidados de Saúde Primários da
Região Autónoma da Madeira**



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Adério Joni de Freitas Rocha

**Liderança e Desempenho Profissional
em Enfermagem – uma análise aos
Cuidados de Saúde Primários da
Região Autónoma da Madeira**

Tese de Mestrado em
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Ana Paula Ferreira

Março de 2011

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

As palavras ganham um novo sentido quando não se tornam previsíveis; ganham nova vida quando propõem olhares e despertam perplexidades, quando inquietam o pensamento e geram mudança.

Embora uma tese de mestrado seja, pelo seu objectivo académico, um trabalho individual, com extensas horas de estudo, reflexão e diversas etapas; permanecem contributos de natureza diversa aos quais não posso estar indiferente. Por vezes é difícil expressar sentimentos, mas é mais crítico deixar que esses sentimentos acabem sem o expressarmos, por isso dirijo os meus sinceros **Agradecimentos**:

À Sr.^a Professora Doutora Ana Paula Ferreira pela sua vasta perspicácia, conhecimento e sugestões transmitidas durante a elaboração da dissertação, à sua hábil direcção e apoio na superação dos diversos obstáculos.

Ao Conselho de Administração e Direcção de Enfermagem por me permitiram o desenvolvimento do estudo em suas instituições e profissionais, e em especial a todos os Enfermeiros nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira.

À Sr.^a Enfermeira Cláudia Dória e Sr.^a Enfermeira Luísa Silveira que me acompanharam durante todo o processo, que reviram e sugeriram melhorias.

À minha família pelo sustentáculo incondicional e pela sua compreensão.

Por último e não menos importante:

À minha alma gémea (Dr.^a Sandra Patrício) pelo apoio, motivação, compreensão e cooperação.

A todos: **MUITO OBRIGADO**

LIDERANÇA E DESEMPENHO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM – UMA ANÁLISE AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DA RAM

Resumo

Com o intuito de se compreender em que medida um líder pode influenciar os seus seguidores, procurou-se analisar os estilos de liderança dos enfermeiros chefes dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira (RAM), e correlacioná-lo com o desempenho dos seus seguidores. Desenvolveu-se então um estudo do tipo correlacional e longitudinal, utilizando um instrumento de colheita de dados com 4 partes, aplicado a todos os enfermeiros de cuidados gerais dos Centros de Saúde da RAM, com excepção do Funchal e Porto Santo.

Foram estudadas equipas de entre os 9 Concelhos num total de 126 enfermeiros. A amostra é maioritariamente do sexo feminino, em que 61,1% são casados ou vivem em união de facto, 61,9% é graduado e 37% está vinculado por um Contrato Individual de Trabalho. A média de idades é de 34,75 anos, a média de tempo de serviço de 10,48 anos, e de serviço sob chefia da actual chefe é de 7,10 anos.

Os enfermeiros evidenciaram uma apreciação relativamente boa do seu chefe, variando as ponderações entre 1 e 3 (aproximadamente) o que representa o Muito Bom e o Regular da escala.

Face à satisfação profissional, os enfermeiros consideram a Autonomia como a componente com maior impacto na satisfação profissional e as Normas Organizacionais como a menos relevante. Os enfermeiros patentearam uma satisfação moderada, entre 8,88 e 11,08, numa escala possível entre 2,5 (satisfação total) e 17,5 (nenhuma satisfação).

Perante o objectivo principal do estudo verificou-se que a equipa de enfermagem com maior apreciação face à sua chefia evidencia o maior índice de satisfação profissional e a ausência de comportamentos de insatisfação. Por outro lado, a equipa de enfermagem com uma apreciação mais penalizadora face à supervisão evidenciou percentuais significativos de comportamentos de insatisfação e, conseqüentemente a menor satisfação profissional das equipas analisadas.

A correlação entre as variáveis: apreciação face à supervisão, satisfação profissional e indicadores de produtividade, mostrou que a apreciação perante a chefia influi os indicadores de produtividade, não significando maior ou menor satisfação profissional.

LEADERSHIP AND PERFORMANCE IN NURSING – AN ANALYSIS OF THE PRIMARY HEALTHCARE OF RAM

Abstract

In order to understand the extent to which a leader can influence his followers, we've tried to analyze the leadership styles of head nurses of Primary Health Care in the Autonomous Region of Madeira (RAM), and correlate it with the performance of his followers. Then we've developed a correlational and a longitudinal study, by using an instrument for collecting data with 4 parts, and it was applied to all nurses in general care of the health centers, with the exception of Funchal and Porto Santo.

Altogether were studied teams between nine municipalities, in a total of 126 nurses. The sample is mostly female, been that 61.1% is married or lives with a partner, 61.9% is graduated and 37% is bound by individual contracts of employment. The average age is 34.75 years, the average length of service is 10.48 years of service, and leadership under the current chief is 7.10 years.

Nurses showed a relatively good assessment of his boss, the weights ranging between 1 and 3 (approximately) which represents the Very Good and Regular in this scale.

Considering job satisfaction, nurses attach autonomy as the component with the greatest impact on job satisfaction and organizational norms as less relevant. Nurses patented a moderate satisfaction, between 8.88 and 11.08, in a possible range between 2.5 (total satisfaction) and 17.5 (no satisfaction).

Given the main objective of the study it was found that the nursing team with the highest appreciation over its head (team under the leadership of the head nurse I) shows the highest rate of job satisfaction and the absence of dissatisfaction behaviors. Moreover, the nursing team under leadership of the head nurse P demonstrated a more damaging appreciation to his supervision, as well a significant percentage of dissatisfaction behaviors and consequently the lowest job satisfaction of the teams studied.

The correlation between the variables: consideration to supervision, job satisfaction and productivity indicators, showed that the appreciation of chief work influences productivity indicators, but it doesn't mean no more or less job satisfaction.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. LIDERANÇA	21
1.1. Conceitos	21
1.2. Teorias de Liderança	23
1.3. Estilos de Liderança	33
2. LIDERANÇA E DESEMPENHO PROFISSIONAL	36
2.1. Desempenho Profissional	36
2.2. Satisfação no trabalho: como variável para medir o desempenho	39
2.2.1. Modelos centrados no indivíduo	41
2.2.2. Modelos centrados nas situações	42
2.2.3. Modelos centrados nas interações	43
3. METODOLOGIA	47
3.1. Desenho de investigação	47
3.2. População	48
3.3. Instrumento de colheita de dados	48
3.4. Aspectos Éticos	51
3.5. Procedimentos da Colheita de Dados	51
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
4.1. Caracterização da Amostra	55
4.2. Indicadores de comportamentos de insatisfação	57
4.3. Caracterização da amostra segundo enfermeira chefe	58
4.3.1. Enfermeira Chefe A	58
4.3.1.1. Caracterização sócio-demográfica	58
4.3.1.2. Comportamento de insatisfação	59
4.3.1.3. Liderança	59
4.3.1.4. Satisfação profissional	59
4.3.2. Enfermeira Chefe B	60
4.3.2.1. Caracterização sócio-demográfica	60
4.3.2.2. Comportamento de insatisfação	60
4.3.2.3. Liderança	60
4.3.2.4. Satisfação profissional	61
4.3.3. Enfermeira Chefe C	61
4.3.3.1. Caracterização sócio-demográfica	61
4.3.3.2. Comportamentos de insatisfação	61
4.3.3.3. Liderança	62

4.3.3.4.	Satisfação profissional	62
4.3.4.	Enfermeira Chefe D	62
4.3.4.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	62
4.3.4.2.	Comportamentos de insatisfação	62
4.3.4.3.	Liderança.....	63
4.3.4.4.	Satisfação profissional	63
4.3.5.	Enfermeira Chefe E	63
4.3.5.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	63
4.3.5.2.	Comportamentos de insatisfação	64
4.3.5.3.	Liderança.....	64
4.3.5.4.	Satisfação profissional	64
4.3.6.	Enfermeira Chefe F.....	64
4.3.6.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	64
4.3.6.2.	Comportamentos de insatisfação	65
4.3.6.3.	Liderança.....	65
4.3.6.4.	Satisfação profissional	65
4.3.7.	Enfermeira Chefe G	66
4.3.7.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	66
4.3.7.2.	Comportamentos de insatisfação	66
4.3.7.3.	Liderança.....	66
4.3.7.4.	Satisfação profissional	67
4.3.8.	Enfermeira Chefe H	67
4.3.8.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	67
4.3.8.2.	Comportamentos de insatisfação	67
4.3.8.3.	Liderança.....	68
4.3.8.4.	Satisfação profissional	68
4.3.9.	Enfermeira Chefe I	68
4.3.9.1.	Caracterização sócio-demográfica.....	68
4.3.9.2.	Comportamentos de insatisfação	69
4.3.9.3.	Liderança.....	69
4.3.9.4.	Satisfação profissional	69
4.3.10.	Enfermeira Chefe J	70
4.3.10.1.	Caracterização sócio-demográfica	70
4.3.10.2.	Comportamentos de insatisfação.....	70
4.3.10.3.	Liderança	70
4.3.10.4.	Satisfação profissional.....	70
4.3.11.	Enfermeira Chefe K	71

4.3.11.1.	Caracterização sócio-demográfica	71
4.3.11.2.	Comportamentos de insatisfação.....	71
4.3.11.3.	Liderança	71
4.3.11.4.	Satisfação profissional.....	72
4.3.12.	Enfermeira Chefe L	72
4.3.12.1.	Caracterização sócio-demográfica	72
4.3.12.2.	Comportamentos de insatisfação.....	72
4.3.12.3.	Liderança	72
4.3.12.4.	Satisfação profissional.....	73
4.3.13.	Enfermeira Chefe M	73
4.3.13.1.	Caracterização sócio-demográfica	73
4.3.13.2.	Comportamentos de insatisfação.....	73
4.3.13.3.	Liderança	74
4.3.13.4.	Satisfação profissional.....	74
4.3.14.	Enfermeira Chefe N	74
4.3.14.1.	Caracterização sócio-demográfica	74
4.3.14.2.	Comportamentos de insatisfação.....	74
4.3.14.3.	Liderança	75
4.3.14.4.	Satisfação profissional.....	75
4.3.15.	Enfermeira Chefe O	75
4.3.15.1.	Caracterização sócio-demográfica	75
4.3.15.2.	Comportamentos de insatisfação.....	76
4.3.15.3.	Liderança	76
4.3.15.4.	Satisfação profissional.....	76
4.3.16.	Enfermeira Chefe P.....	76
4.3.16.1.	Caracterização sócio-demográfica	76
4.3.16.2.	Comportamentos de insatisfação.....	77
4.3.16.3.	Liderança	77
4.3.16.4.	Satisfação profissional.....	77
4.3.17.	Enfermeira Chefe Q	78
4.3.17.1.	Caracterização sócio-demográfica	78
4.3.17.2.	Comportamentos de insatisfação.....	78
4.3.17.3.	Liderança	78
4.3.17.4.	Satisfação profissional.....	79
4.4.	Liderança e caracterização sócio-demográfica.....	79
4.5.	Liderança e comportamentos de insatisfação	86
4.6.	Liderança e desempenho profissional.....	88

5. DISCUSSÃO	91
5.1. Caracterização sócio-demográfica.....	91
5.2. Comportamento de insatisfação.....	93
5.3. Liderança.....	94
5.3.1. Liderança e caracterização sócio-demográfica.....	94
5.3.2. Liderança e comportamentos de insatisfação	95
5.4. Satisfação profissional	96
5.5. Liderança e desempenho profissional	101
6. CONCLUSÃO.....	105
BIBLIOGRAFIA	109
APÊNDICES	118
Informação ao participante	119
Termo de consentimento livre e esclarecido	120
Caracterização sócio-demográfica	122
IASP - Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional.....	123
Índice de Satisfação Profissional	124

ÍNDICE DE SIGLAS

- RAM – Região Autónoma da Madeira;
- A.C. – Antes de Cristo;
- GLOBE - Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness;
- s.d. – Sem data;
- PME's – Pequenas e Médias Empresas;
- LPC - Least Preferred Co-Worker;
- IASP – Índice de Avaliação da Satisfação Profissional
- ISP – Índice de Satisfação Profissional;
- SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira;
- E.P.E. – Entidade Pública Empresarial;
- SPSS - Statistics Package for Social Sciences;
- H_0 – Hipótese Nula;
- OMS – Organização Mundial de Saúde;
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva;
- IWS – Index of Work Satisfaction.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Enfermeira Chefe D – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$).....	80
Tabela 2 – Enfermeira Chefe E – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$; ** considerando-se um nível de significância $p > 0,01$)	81
Tabela 3 - Enfermeira Chefe H – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (considerando-se um nível de significância $p > 0,05$).....	82
Tabela 4 - Enfermeira Chefe I – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (considerando-se um nível de significância $p > 0,05$: ^a variável de valor constante).....	82
Tabela 5 - Enfermeira Chefe J – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$).....	83
Tabela 6 - Enfermeira Chefe L – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$).....	84
Tabela 7 - Enfermeira Chefe M – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$; ** considerando-se um nível de significância $p > 0,01$)	84
Tabela 8 – Qui-Quadrado para análise dos itens referentes à supervisão e caracterização sócio-demográfica (género, estado civil e tipo de vínculo), para Pearson Chi-Square $< 0,05$	85
Tabela 9 - Qui-Quadrado para análise dos itens referentes à supervisão e comportamento de insatisfação, para Pearson Chi-Square $< 0,05$	87
Tabela 10 – Distribuição das equipas segundo avaliação da chefia, satisfação profissional e indicador de produção	89
Tabela 11 – Correlação de Pearson entre IASP, ISP e Indicadores de Produção (considerando-se o nível de significância $p > 0,05$)	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estilos Comportamentais de Liderança adaptado de Kinicki & Kreitner (2006)	26
Gráfico 2 - Modelo da Grelha de Gestão, adaptado de Cunha e colaboradores (2006) .	26
Gráfico 3 – Caracterização da amostra total segundo idade	55
Gráfico 4 – Caracterização da amostra total segundo tempo de serviço	56
Gráfico 5 – Caracterização da amostra total segundo tempo a exercer funções no presente estabelecimento.....	57

INTRODUÇÃO

Desde sempre o Homem procurou por intermédio da liderança trabalhar em grupo por forma a controlar o meio. Porém as primeiras referências ao conceito de liderança datam, aproximadamente, do III-VI milénio a.C., com as primeiras reportações a civilizações. Solange (2008), através de estudos arqueológicos, defende que a necessidade de se viver em conjunto levou ao surgimento de líderes, e Tanke (2004) alude que o Código de Hamurábi foi a primeira prática associada à administração de recursos humanos, há cerca de 1800 a.C.

Segundo Cunha e colaboradores (2006) o conceito de liderança assume grande importância no que concerne à dinâmica organizacional; daí que Bernard Bass (2007) refira que o estudo dos líderes tenha sido sobrevalorizado, no desígnio de se compreender o porquê dos seus actos.

Ainda que os diversos conceitos de liderança não sejam consensuais Cunha e colaboradores (2006) destacam a concepção desenvolvida no âmbito do projecto GLOBE (*Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness*) onde a liderança é definida como a “...capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros” (pág.332).

Outros autores, tal como Vecchio (2000), descrevem liderança como um processo através do qual se influi membros da organização a proceder conforme orientação do líder. Do mesmo modo, para Cunha e colaboradores (2006) a liderança subentende o envolvimento entre partes, líder e seguidores através de um processo de partilha mútua, no qual o líder exerce influência sobre os liderados, numa evidente distribuição desigual de poder.

Inicialmente debatido por filósofos, tal como Platão, Confúcio e Tao, a liderança, como temática de indagação doura surdiu depois da década de 30, e para além do campo da filosofia e da história. Nos anos que se seguem emergem várias teorias e modelos de estudo e compreensão da liderança e sua influência em contexto organizacional, distinguindo-se quatro grandes áreas de estudo: as abordagens dos traços fundamentais de um líder, as abordagens comportamentais, as situacionais e de liderança carismática e finalmente a liderança transformacional (Cunha e colaboradores, 2006).

Pelo já exposto é certo que a liderança não se trata de um conceito recente, porém só após a década de 30-40, do século XX, é que se realizaram estudos de forma a se

poderem distinguir e explicar a liderança e definir o líder eficaz. Desde então várias teorias vêm-se sucedendo, introduzindo novas perspectivas e considerações.

Independentemente do modelo ou estilo de liderança, a eficácia do líder comprova-se pela *performance* dos seguidores no desempenho profissional. De acordo com Robbins & Judge (2007) vários estudos corroboraram grande correlação entre a *performance* profissional e a satisfação no trabalho. Para Kaluzny (1982) a satisfação profissional depende do grau de atitudes positivas que o pessoal da organização tem face a vários aspectos da organização. Davis & Newstrom (1992) consideram a satisfação no trabalho como o “...conjunto de sentimentos favoráveis ou desfavoráveis com os quais os empregados vêm o seu trabalho” (pág.122).

Em resposta à insatisfação, Robbins & Judge (2007) identificam nos liderados quatro comportamentos predominantes: a saída – comportamento activo/destrutivo, que traduz o abandono; voz – comportamento activo/construtivo, traduzindo-se na permanência e discussão/apresentação de sugestões de mudança; negligência – comportamento passivo/destrutivo, no qual o indivíduo permanece na organização, porém apresenta comportamentos negligentes, como o absentismo, e, por último, lealdade – comportamento passivo/construtivo, em que o indivíduo mantém o optimismo e confiança nos gestores e organização, esperando pacientemente por uma melhoria das condições.

Crawford (1994) na sua avaliação à evolução da economia mundial refere que diversas organizações foram influenciadas pela emergente sociedade do conhecimento, que depende do usufruto da informação, do conhecimento e utilização do capital humano; referindo que os serviços especializados e os que se caracterizam pelo alto nível de conhecimento, como o sector da saúde, foram os mais afectados.

Com tudo isto, a compreensão da teoria e prática de gestão de recursos humanos, de forma alicerçada, tornou-se numa demanda dos gestores no sector da saúde, independentemente da área de actuação.

A primeira designação de chefia ao nível da enfermagem remonta aos meados do século XIX, com Florence Nightingale. Em Portugal, a prática de enfermagem encontra-se estabelecida no Decreto-lei 437/91, de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem) e no Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros) (António Casa Nova, s.d.). Em 1998 esta prática viu a afirmação da sua identidade enquanto profissão com a criação da Ordem dos Enfermeiros. A enfermagem encontra-se agora distribuída por várias áreas de actuação, e fundamentada pelo Artigo

8.º do Decreto-lei 437/91, engloba também a área de chefia, no qual compete ao enfermeiro gestor, entre outros,

- “h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem.” (António Casa Nova, s.d.)

As últimas duas décadas foram importantes para a percepção e reconhecimento da importância dos recursos humanos no desempenho de uma organização. No contexto português, em 2007, Veloso levou a cabo uma tese de doutoramento em Psicologia do Trabalho e das Organizações, sobre *O Impacto da Gestão de Recursos Humanos na Performance Organizacional*, visando investigar a relação entre gestão de recursos humanos e performance organizacional e compreender os processos pelos quais a gestão das pessoas tem implicação no desempenho organizacional. O estudo desenvolvido em quatro Pequenas e Médias Empresas (PME'S) revelou que práticas de gestão de recursos humanos desenvolvimental e/ou incremental tornam-se mais eficazes em detrimento de processos abruptos ou programáticos. Conclui também que o grau de estruturação do sistema de recursos humanos, no que concerne à sua adequação estratégica e interna, tem elevada influência nos comportamentos dos colaboradores e na sua percepção da gestão de recursos humanos e elevado envolvimento e confiança dos colaboradores. Este último consubstancia-se, segundo Veloso, num indicador pertinente para a gestão dos recursos humanos e para a organização.

Ferreira (2008), aquando do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, intitulada *Estratégias de Promoção da Autonomia – Dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros*, comprovou que os enfermeiros chefes não desenvolvem estratégias que fomentam a autonomia dos enfermeiros. Descrevem sim, outro género de estratégias implícitas, como a integração de enfermeiros, delegação, planeamento, formação, reflexão profissional, visibilidade dos cuidados e o trabalho multidisciplinar, e que através dos relatos colhidos aos enfermeiros, não há identificação de estratégias

conducentes à autonomia, chegando a afirmar que a autonomia é mediada e que nas actividades interdependentes não são autónomos.

Mais recentemente Melo Dias (2009) publicou um estudo intitulado *Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação*, visando perceber qual o estilo de liderança que permite ao enfermeiro-chefe obter um desempenho eficaz do grupo de trabalho, e também manter a motivação dos enfermeiros subordinados nos níveis mais elevados. Através de uma abordagem quantitativa, de âmbito descritivo e analítico, concluiu que a motivação percebida dos enfermeiros se centra nas necessidades fisiológicas (dinheiro, férias, etc.) e nas de pertença (reconhecimento, elogio, etc.), muito mais do que nas necessidades de auto-realização (trabalho criativo, desenvolvimento de habilidades, etc.), desejáveis para profissionais de enfermagem diferenciados e autónomos. E que a liderança percebida dos enfermeiros chefe é orientada para a relação interpessoal, enquanto o controlo situacional se classifica como elevado, o que segundo a teoria da contingência constitui um indicativo de não eficácia do desempenho do grupo de trabalho.

A permanente evolução do Sector da Saúde, e muito em particular as recentes medidas de natureza estratégica que têm vindo a ser adoptadas no nosso país, exigem de todos os profissionais de saúde uma qualificação cada vez mais adequada às novas regras de gestão.

Caracterizando-se os Cuidados de Saúde Primários como porta, preferencial, de acesso ao Serviço Nacional de Saúde, e sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que mais lidam com os utentes/clientes, importa saber de que forma é que os estilos de liderança influem o desempenho profissional dos enfermeiros.

É neste âmbito que o presente trabalho prevê analisar em que medida estilos de liderança influem o desempenho profissional de enfermagem ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira (RAM).

Introduzido o âmbito deste estudo, segue-se a examinação dos domínios da investigação para melhor compreensão dos mesmos. O primeiro capítulo abordará conceitos, teorias e tipos de liderança, e também será feita referência à influência da liderança no desempenho profissional. O desempenho será, nesta investigação, averiguado pela satisfação e por comportamentos como a voz, saída, negligência e lealdade, bem como indicadores de produção. Após esta análise, sucede-se a descrição da metodologia de investigação, análise dos dados e sua discussão.

1. LIDERANÇA

1.1. Conceitos

A necessidade de sobrevivência levou a que os primeiros hominídeos transitassem da floresta tropical, *habitat* natural dos seus antepassados, para a savana arborizada adaptando-se às variações temporais e aos diferentes alimentos (Bauchot et al, 1989). Migrando em grupo, os hominídeos foram desenvolvendo competências e habilidades, que conjuntamente com o sedentarismo populacional levaram ao desenvolvimento de um corpo de conhecimentos que culminaram na Revolução Neolítica, na qual o homem deixou de ser um colector que dependia da caça e dos recursos presentes na natureza, e passou a trabalhar as terras e a domesticar animais.

Como consequência dessa revolução, datadas aproximadamente do III-VI milénio a.C., surgem as primeiras civilizações, bem como a primeira referência ao conceito de liderança. De acordo com estudos arqueológicos é nas escavações, e no que se conhece da Mesopotâmia, que a necessidade de se viver em conjunto levou ao surgimento de líderes (Solange, 2008). Apesar de dissensões quanto à sua localização e data, é certo que desde que o homem vive em civilização parece haver a necessidade de se definirem líderes, de forma a se impulsionar a capacidade adaptativa e transformativa do Homem segundo suas carências e essa impulsão, patenteia uma relação líder-liderados. Para Tanke (2004) as primeiras práticas relacionadas com a administração de recursos humanos datam de 1800 a.C. através do designado Código de Hamurábi, no qual “ (...) *se previa um tipo de remuneração baseada em incentivo, bem como um salário mínimo.*” (pág.6).

Embora tenham-se intensificado os estudos empíricos acerca da liderança, não se poderá afirmar, sem equívoco, o que distingue os líderes dos não líderes e, talvez mais importante, o que distingue os líderes eficazes dos líderes ineficazes, muito menos as organizações eficazes das não eficazes. E não somente, apesar dos estudos desenvolvidos, os conceitos liderança e gestão, são muitas vezes confundidos. A distinção está presente em numerosa bibliografia e suscita frequentemente controvérsia. Bennis (1999) sugere que liderar subsiste em guiar, dirigir e exercer influência, enquanto que gerir funda-se em realizar, assumir responsabilidades, ou seja comandar. Os líderes são as pessoas que sabem o que devem fazer, enquanto os gestores sabem

como devem fazer. O mesmo autor acrescenta que os líderes e os gestores diferenciam-se quanto aos horizontes temporais, e à forma como lidam com o contexto, ao grau em que inovam e ao modo como questionam as coisas.

Também Kotter (1999) distingue liderança e gestão. Segundo este autor o líder encontra na mudança a forma de liderar, progredindo uma visão e orientando os colaboradores segundo essa mesma visão. Por sua vez, a gestão consubstancia-se em planeamento, orçamentação, organização e resolução de problemas. Reis (2007) descreve gestão como a aplicação eficiente dos recursos humanos e materiais disponíveis ou granjeáveis, em prol dos objectivos de uma organização, e que se deverá desenvolver através de um «*processo apropriado*» (pág.5).

Segundo Drucker (2000), a palavra líder é facilmente “*usada como sinónimo de alto gerente*” (pág.84), o que, para este autor, figura duas problemáticas, a primeira porque reprime o pensamento e as acções inovadoras, pois independentemente das sugestões que qualquer seguidor/funcionário possa ter, fica pendente da decisão final do líder, o que é «desrespeitoso e desmoralizante». Outro problema é: “*se a liderança se define pela alta administração, então não há nenhuma definição real. A existência de dois termos para descrever a mesma coisa significa que um deles é redundante*” (pág.84).

À parte de tais considerações este autor descreve o líder como condutor da mudança, como alto gerente, que consegue apaziguar o accionista e que restabelece a cooperação dos funcionários resistentes à mudança.

Ao corresponder a liderança a uma das muitas tarefas de um gestor, a forma como se lidera tem enormes reverberações na evolução da empresa, como também na forma como esta, enquanto organização, é vista quer pelos seus empregados quer pelos restantes *stakeholders*.

Inicialmente debatida por filósofos (como Confúcio e Tao) a liderança tornou-se alvo das investigações após a década de 30, e fora da esfera histórica e filosófica. Para além dos conceitos relacionados já referidos, a liderança compreende uma interacção intrincada entre líder, seguidores e situação o que dificulta, também, a sua definição (Kinicki & Kreitner, 2006).

Para Vecchio (2000) a liderança é o processo pelo qual o líder influencia os membros da organização a procederem em determinado sentido. Na definição de liderança Kinicki & Kreitner (2006), para além de referirem a influência sobre os funcionários, acrescentam que essa relação antevê o seguimento voluntário dos funcionários na consecução dos objectivos organizacionais. Mais, investigadores do projecto GLOBE (*Global*

Leadership and Organizational Behavior Effectiveness), referido por Cunha e colaboradores (2006), referem-se à liderança como a “...capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros” (pág.332).

Ainda os mesmos autores referem que a liderança subentende o envolvimento entre partes, líder e seguidores através de um processo de partilha mútua, no qual o líder exerce influência sobre os liderados, numa evidente distribuição desigual de poder. Kinicki & Kreitner (2006) acrescentam, a tais considerações, outros conceitos como: “*processo de influência social*” que descreve o método de partilha referido anteriormente.

Já Yukl, referido por Cunha e colaboradores (2006), traz uma nova óptica ao conceito ao adir novas responsabilidades ao líder, como a escolha dos fins e estratégias a adoptar, a organização da dinâmica de trabalho, a motivação, a gestão de relações interpessoais, a consecução de apoios e a cooperação de outras entidades externas à organização.

De todos os conceitos analisados salienta-se três premissas fundamentais. A primeira é que a liderança é um processo interactivo entre líder e liderados, sendo que estes últimos colaboram na definição e implementação de estratégias do líder, muito pela sua abertura às ordens deste. A segunda é que a liderança envolve uma disposição díspar do poder entre partes, sendo que o poder exerce-se no sentido líder-liderado. Ainda que os seguidores possam afectar o líder, não se identifica exercício do poder em sentido inverso. E a terceira premissa prende-se com o facto de os líderes, além de usufruírem do «poder legitimado» (Marques, 1990) e consequentemente poderem dar ordens sobre seus colaboradores, também exercem influência, o que acresce a comunicação das actividades a desenvolver, bem como o processo pelo qual o efectivam.

1.2. Teorias de Liderança

O que torna um líder eficaz? Como precedentemente exposto, o interesse pela liderança é crescente e, autonomamente dos estudos levados a cabo, não existe uma resposta absoluta.

A primeira teoria resultante de estudos empíricos é a **Teoria dos Traços**, que substituiu a denominada “*teoria de liderança do «grande homem»*” (Kinicki & Kreitner, 2006, pág.348). Deriva da tentativa em definir as características do líder em oposição ao não

líder, pela análise das características ou “traços” dos líderes efectivos conhecidos. A abordagem da liderança pelos traços ou perfil consiste na avaliação e selecção de líderes com base nas suas características físicas, mentais, sociais e psicológicas. Esta teoria alicerça a ideia de que a liderança é inata, e depende de certos traços quer sejam sociais, físicos, intelectuais e/ou de personalidade do indivíduo.

Nos seus estudos, Lor referido por Kinicki & Kreitner (2006), descreve que os traços fundamentais de um líder baseiam-se na demonstração de «*inteligência, masculinidade e dominância*» (pág.349).

Por outro lado, o protótipo de liderança é também influenciado por valores culturais, em que este é definido como a “*representação mental dos traços e comportamentos possuídos pelos líderes*” (Kinicki & Kreitner, 2006, pág.349).

Após definição das competências que fomentam uma liderança eficaz, Cunha e colaboradores (2006) defendem que tais idoneidades e traços apenas desempenham um papel facilitador, sendo pouco preditivos no exercício da liderança e que, por si só, não permitem a distinção entre líderes e não líderes, e muito menos entre a eficácia/ineficácia da sua liderança. Todavia, estes autores, descrevem três competências potencialmente relevantes para a eficácia dos líderes, como sejam as técnicas (conhecimentos sobre a dinâmica organizacional e habilidade na utilização dos recursos em proveito do desempenho organizacional), as interpessoais (erudição acerca do comportamento humano, processos e relações de grupo, bem como sensibilidade social e capacidade de comunicação) e competências conceptuais (cognitivas), desta feita relacionadas com a “capacidade analítica, pensamento lógico, capacidade de conceptualizar relações complexas e ambíguas, pensamento divergente, intuição, raciocínio indutivo e dedutivo” (pág.343).

Por seu lado Kinicki & Kreitner (2006) ponderam que os traços desempenham um papel central na eficiência do líder, devendo por isso, serem considerados no recrutamento de pessoal. Não obstante, há ainda que considerar outros aspectos importantes, no que respeita às competências, que para Cunha e colaboradores (2006) estão relacionados com o nível hierárquico, tipo e extensão da organização, sistema organizacional, grau de centralização da autoridade e as particularidades culturais.

Não é fácil descrever quais os traços essenciais de um líder eficaz e, tal como referem Kinicki & Kreitner (2006), estudos prévios foram inconclusivos pois os resultados podem ter sido mal interpretados.

Na perspectiva de se desenvolver melhores líderes militares durante a Segunda Guerra Mundial, Kinicki & Kreitner (2006) referem ter-se procedido a estudos em divergência com a Teoria dos Traços devido à *“incapacidade da Teoria dos Traços para explicar a efectividade da liderança e o movimento de relações humanas”* (pág. 350). Segundo Bergamini (1994) e Robbins (2005), foi também em função da relativa descrença e das falhas face ao proposto pela teoria dos traços, que os cientistas comportamentais passaram a se preocupar com a dinâmica do comportamento do líder – **Teoria Comportamental**.

Procurou-se assim irmanar o conjunto de comportamentos que identificassem o sucesso das acções dos líderes. Os estudos precursores foram realizados pelas Universidades de Ohio e Michigan (Bergamini, 2006). Os comportamentos foram analisados tendo em conta o relacionamento entre líder e liderado, e a possível influência do primeiro sobre o segundo. Dos resultados, passou-se a considerar que líderes poderiam ser treinados em prol de uma liderança mais eficaz. Tal como refere Bergamini (2006) *“Qualquer pessoa poderia tornar-se um líder, desde que participasse de acções ou programas especiais de treinamento e de desenvolvimento de líderes”* (pág. 108).

Os pesquisadores da Universidade de Ohio procuraram nos seus estudos identificar as dimensões independentes do comportamento do líder (Melo, 2001). Como desfecho apontam dois factores que descrevem boa parte do comportamento de liderança, como sejam a **estrutura de iniciação** e a **consideração** (Robbins, 2005).

A estrutura de iniciação refere-se à habilidade do líder em estruturar o trabalho em prol das metas da organização. O líder com elevado grau de estrutura de iniciação delega tarefas, delibera padrões de desempenho e enfatiza o cumprimento de prazos (Robbins, 2005). Ainda segundo este autor, a consideração representa-se por relacionamentos baseados na confiança mútua, respeito pelas ideias e sentimentos dos funcionários.

A partir destas duas dimensões caracterizaram-se quatro estilos comportamentais de liderança, tal como apresentado no **Gráfico 1**.

São esses estilos: a baixa estrutura-alta consideração (1), a alta estrutura-alta consideração (2), a baixa estrutura-baixa consideração (3) e por último a alta estrutura-baixa consideração (4).

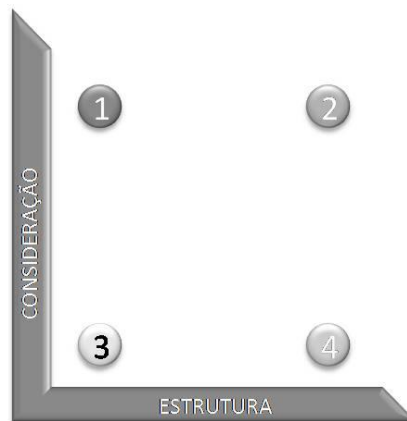


Gráfico 1 - Estilos Comportamentais de Liderança adaptado de Kinicki & Kreitner (2006)

Os estudos efectuados pelo *Survey Research Center* da Universidade de Michigan coincidiram com os estudos de Ohio e, do mesmo modo, procuraram identificar as características comportamentais dos líderes que pudessem estar relacionadas com o desempenho eficaz (Melo, 2001). Coincidentemente alcançaram os mesmos resultados, duas dimensões do comportamento do líder, desta feita denominadas de **orientação para o funcionário**, que enfatiza as relações interpessoais, e **orientação para a produção**, cujo foco está na execução das tarefas (Robbins, 2005).

Como resultado destes estudos, Blake & Mouton (1978) desenvolveram uma grelha de liderança na qual se podem identificar cinco estilos de liderança. A grelha, denominada *Leadership Grid*[®], consiste na intercepção das duas dimensões relativas ao comportamento de um líder, tal como evidenciado no **Gráfico 2**.



Gráfico 2 - Modelo da Grelha de Gestão, adaptado de Cunha e colaboradores (2006)

Sem depreciar os estudos supramencionados, Cunha e colaboradores (2006) referem que o único resultado sólido foi que o comportamento de consideração ou o comportamento centrado no funcionário depreendem uma correlação positiva com a satisfação dos colaboradores.

Para além do *Leadership Grid*[®] de Blake & Mouton, Likert (1961) desenvolveu um modelo que divide os estilos de liderança em quatro tipos diferentes consoante o grau de uso de autoridade pelo líder: autocrático explorador, autocrático benevolente, consultivo e democrático/participativo. Este último sistema de liderança distingue-se pela “confiança superiores-subordinados, descentralização decisória, motivação assente predominantemente nas recompensas, na participação e no envolvimento, comunicação em todos os sentidos” (Cunha e colaboradores, 2006, pág.348)

Esta abordagem acresce também que produtividade e a satisfação dos subordinados prospera à medida que a organização evolui dos sistemas autocráticos para os participativos.

Segundo Cavalcanti et al (2006), um dos méritos da teoria foi o de colocar gerentes e subordinados trabalhando juntos a questão da imagem do que cada um faz de si e do que o outro lhe faz, e a grande crítica está em propor que o mesmo estilo de liderança funcionaria bem em qualquer situação.

Sem aviltar tais teorias, Kinicki & Kreitner (2006) e Robbins & Judge (2007), referem a importância dos factores situacionais na determinação de uma liderança eficaz.

As teorias que debatem a liderança, dita situacional/contingencial, partem do desígnio de que o comportamento mais adequado a um líder varia de circunstâncias concretas em que líder e liderados se encontram. De entre estas teorias, as mais conhecidas são: a Teoria da Contingência da Liderança de Fiedler, Teoria Normativa de Vroom & Yetton, a Teoria Situacional da Liderança de Hersey & Blanchard e Teoria Caminho-Meta de Robert House.

Segundo Robbins (2002) o primeiro modelo contingencial atribui-se a Fiedler, quando propôs que o desempenho do grupo dependia da adequação entre o estilo de liderança e a necessidade de controlo que cada situação exige. Para Fiedler (1967), as pesquisas em torno de condições reais de liderança mostram que a personalidade do líder é apenas um dos factores que influencia a prestação do grupo, pois um líder eficaz num grupo ou em determinadas condições, pode não o ser em outras tarefas ou outras condições.

Para este autor, é imprescindível identificar o estilo de liderança, pois este constitui-se num factor essencial para o sucesso. Razão pela qual desenvolveu um questionário (LPC – Least Preferred Co-Worker), a partir do qual procurava avaliar se a pessoa era orientada para a tarefa ou para os relacionamentos (Robbins, 2005).

Como resultado arrogou que o estilo de liderança é fixo, pelo que para que os resultados sejam eficazes é necessário alterar a situação ou substituir o líder, por exemplo um líder orientado para a tarefa está num contexto norteado para o relacionamento, ou vice-versa. E Fiedler (1967) identificou ainda três dimensões contingenciais que caracterizam factores situacionais básicos e que influenciam a eficácia da liderança: as relações entre líder e liderados, a estrutura da tarefa e o poder de posição. A primeira dimensão constitui-se pelo grau de confiança, credibilidade e respeito que os membros do grupo têm pelo líder; a estrutura da tarefa consubstancia-se pelo grau de procedimentos estabelecidos no trabalho, isto é, se as tarefas são estruturas ou não; por último o poder da posição representa o grau de influência que um líder tem sobre as variáveis do seu estatuto (como sejam: poder para contratar, demitir, conceder aumentos, entre outros). Quanto melhor a relação líder - liderado, mais alto o grau da estrutura da tarefa e mais forte o poder de posição, mais controle o líder tem (Fiedler, 1967).

Conde (2004) refere que Fiedler comprovou que para estudar o desempenho da equipa teria de se ter em conta o relacionamento entre o líder e o grupo de seguidores, bem como a natureza da tarefa e a posição de poder ocupado pelo líder. Alguns anos depois, juntamente com Joe Garcia, Fiedler incorporou o papel do *stress* como desvantagem situacional e em como a inteligência e a experiência do líder influenciam a reacção dos liderados ao *stress*. Segundo Robbins (2005) Fiedler descobriu que a inteligência do líder tem relação positiva com o desempenho ante baixa tensão e relação negativa perante alta tensão. Por outro lado, no que concerne à experiência, o resultado é o oposto. A teoria foi assim designada **Teoria dos Recursos Cognitivos**.

Para Maximiano (2000), a ideia de que o líder deve flexibilizar o seu comportamento face a cada situação, foi peremptória no desenvolvimento decorrente dos estudos sobre liderança.

Outra das teorias foi elaborada por Vroom & Yetton, e denomina-se **Teoria Normativa**. Esta procura arrolar o comportamento de liderança e participação dos liderados no decurso de tomada de decisão. De acordo com Robbins (2000) este modelo autentica que as estruturas da tarefa possuem diferentes requisitos, e que o

comportamento do líder deve-se adequar à estrutura da tarefa. Ainda segundo este autor, trata-se de um modelo normativo pois oferece uma sucessão de regras que estabelecem a forma e a porção de participação no processo decisório, em concordância com as circunstâncias em que se manifestam.

Vroom & Yetton (1973) representaram o modelo numa árvore que incorporou sete contingências e cinco estilos de liderança, e propõem que a acção do líder diverge ao longo de um *continuum*, desde a acção de maior controlo pelo líder, até um maior envolvimento por parte do liderado. A partir daqui identificaram oito variáveis situacionais que regulam a acção do líder: a qualidade técnica da decisão, o compromisso do subordinado com a decisão tomada, o grau de estruturação do problema, o grau de comprometimento dos empregados no caso de o líder tomar a decisão sozinho, o grau em que os subordinados compartilham as metas institucionais, o reconhecimento da existência ou não de conflito entre os subordinados em torno das soluções de acção preferidas, e finalmente, a identificação de que existem informações suficientes por parte dos subordinados para tomarem decisões de alta qualidade.

De acordo com este modelo a eficácia da liderança é influenciada pelo grau de integração entre líder e liderados. Robbins (2000) acrescenta que os líderes precisam de decidir sobre o estilo de liderança a adoptar face seus seguidores, da mesma forma que ponderam a interacção que propiciarão aos seguidores no processo de tomada de decisão.

A teoria desenvolvida por Hersey & Blanchard, segundo Maximiano (2000), é uma teoria cujo foco está voltado para os seguidores, tal como Hersey & Blanchard (1986) o referem, “os líderes eficazes são capazes de adaptar seu estilo de comportamento de líder às necessidades dos liderados e à situação, sendo estas não constantes, o uso do estilo apropriado de comportamento de líder constitui um desafio para cada líder eficaz” (pág.117).

Maximiano (2000) refere que, segundo este modelo, a liderança bem-sucedida deriva do nível de maturidade dos seguidores, atendendo a que, essa maturidade deve ser comentada em relação a uma determinada tarefa, o que leva à consideração de que uma pessoa dificilmente será inteiramente imatura pois pode dominar diferentes tarefas de forma diferente. Este autor refere ainda que o grau de maturidade do liderado destina o grau de autoridade do líder, pelo que, quanto mais maduro for, menor o uso de poder e maior orientação para o relacionamento, e reciprocamente no caso de seguidores pouco maduros. Os próprios autores (Hersey & Blanchard, 1986) referem que se os liderados

estiverem desmotivados para o desempenho de uma tarefa, o líder precisará de fornecer orientações claras e específicas; caso sejam incapazes e, ainda que motivados, o líder necessitará prover muitas orientações para suprir a falta de habilidade dos liderados. No caso de os seguidores serem capazes mas se estiverem desmotivados, o melhor estilo de liderança será o participativo, e por último, se forem maduros e se encontrarem motivados o líder pouco precisará de fazer.

Para Hersey e Blanchard (1986), “a maturidade é a capacidade e a disposição das pessoas de assumirem a responsabilidade de dirigir seu próprio comportamento, devendo estas variáveis de maturidade ser considerada somente em relação a uma tarefa específica a ser realizada. Quer dizer, um indivíduo ou grupo não é maduro ou imaturo num sentido total” (pág. 187). Esta [a maturidade] incorpora a maturidade de trabalho (capacidade) e maturidade psicológica (disposição). A primeira está relacionada com a capacidade para desempenhar uma tarefa e a segunda com a motivação para a cumprir.

Johann (2002) referindo-se a este modelo, acresce que a maturidade do subordinado pode ser avaliada para além do conhecimento e da experiência, reportando-se ao nível de empenho, grau de autonomia, capacidade de assumir responsabilidade e tomar decisões, interesses por melhorias, relacionamentos, aceitação de desafios, entre outros.

Segundo Spricigo (1999), nesta teoria “...está implícita a ideia de que o líder deve ajudar os liderados a amadurecer até o ponto em que sejam capazes e estejam dispostos a fazê-lo” (pág. 48). Este desenvolvimento dos liderados deve ser realizado ajustando-se o comportamento de liderança, ou seja, passando pelos estilos de direcção, treino, apoio e delegação. Este modelo considera, segundo Cavalcanti (2002) que o líder deverá procurar conduzir os indivíduos ao seu mais elevado nível de desempenho, por forma a compensarem as limitações motivacionais e de capacitação dos liderados.

Para Maximiano (2000), um dos pontos fortes da teoria é a conhecimento de que a competência e a motivação são elementos essenciais no processo de liderança e o reconhecimento de que a maturidade não é estática. Por outro lado, as críticas referem-se à dificuldade em se medir a maturidade dos seguidores.

Por último, a **Teoria do Caminho-Meta** desenvolvida por House. Esta está estreitamente ligada com a teoria das expectativas de Vroom e considera que é função do líder ajudar os subordinados no alcance dos seus objectivos, dando-lhes direcção e apoio necessários para assegurar que tais metas sejam compatíveis com os objectivos da organização. Isto é, o desempenho dos seguidores pode ser melhorado se o líder lhes assegurar o alcance de recompensas desejadas como consequência da realização dos

objectivos da organização (Robbins, 2005). Para House (1971) o desempenho dos subordinados será tanto mais eficaz quanto mais claramente for definida a tarefa, quando lhes for proporcionada formação, quando o líder cooperar no trabalho e estabelecer recompensas adequadas.

O modelo identifica quatro comportamentos de liderança: liderança directiva (aquele que faz com que as tarefas sejam executadas), liderança de apoio (líder atento às necessidades individuais dos seguidores), liderança participativa (aquele que abrange seus funcionários no processo de tomada de decisão) e liderança orientada para a conquista (a que fixa metas desafiadoras, confia e espera o melhor desempenho de seus liderados). O comportamento adoptado dependerá da natureza da situação, que segundo House (1971), divide-se em duas características contingenciais, como sejam, factores ambientais e as características dos subordinados. Os factores ambientais influem o comportamento dos trabalhadores em termos de motivação, enquanto que as características dos subordinados perturbam a sua satisfação no trabalho e a aceitação do líder.

Melo (2001) destaca que as pesquisas efectivadas posteriormente têm apoiado a lógica do modelo de House, e elucida que o desempenho e satisfação dos empregados são influenciados positivamente quando o líder recompensa aquilo que falta tanto no empregado quanto na distribuição das tarefas. Em contraste com o exposto por Fiedler, House defende que os líderes são flexíveis, e que um mesmo líder poderá assumir diversos estilos de liderança de acordo com a situação.

Apesar de todas as teorias supracitadas, Cavalcanti et al (2006) fazem menção à necessidade de se perceber factores intangíveis da organização, tal como talentos, boicotes, resistências, ideias; e sugerem abordagens contemporâneas de liderança, como forma de as compreender. De entre elas, destacam-se a liderança visionária, liderança carismática e liderança transformacional/transaccional.

A **liderança visionária** surge da pesquisa de Bennis & Nanus (1988), decorrente da análise a 90 líderes que administravam novas tendências em seus negócios; e supõe que a idoneidade de criar a visão de futuro é condição elementar para uma liderança eficaz, pois líderes visionários procuram mudanças organizacionais, criatividade e inovação.

De acordo com estes autores, o comum entre tais líderes eram os sonhos e a crença em si e nos seus seguidores, sendo excepcionalmente apaixonados por sua visão do futuro. Também Pacheco (2002) em suas pesquisas identificou pontos comuns, são os melhores

no que fazem, trabalham muito e não desistem ante obstáculos, preocupando-se com valores tais como solidariedade, ética e justiça.

Sobressai entre estas abordagens a referência de **visão**, que para Bennis & Nanus (1988) corresponde a um imago mental claro e intenso de um possível e desejável estado futuro da organização, de tal forma que está presente em todas as suas acções. Uma visão é portanto, um alvo/objectivo e seu papel torna-se fulcral para o sucesso da liderança à medida que captura a imaginação e interesse dos que contactam com ela (Cavalcanti et al, 2006).

Todavia uma visão só será convincente se: a) for capaz de presentear à organização e seus membros uma imagem clara e melhor do futuro; b) os seguidores a considerarem desafiadora e não impossível; e, não somente, para além de uma visão alcançável é preciso saber comunicá-la eficazmente (Robbins, 2002).

Quando o líder consegue idealizar e comunicar uma visão em concordância com os objectivos da organização, torna-se capaz de mobilizar habilidades, competências e talentos necessários em seus seguidores.

Por seu lado a **Liderança Carismática**, segundo Robbins & Judge (2007) remontam aos estudos de House, enquanto variável na abordagem ao comportamento organizacional. A definição de carisma, refere-se a todo o indivíduo cuja personalidade se destaca das demais, enquanto um ser de capacidades sobrenaturais e super humanas, ou pelo menos portador de qualidades excepcionais. Pois, segundo Melo (2001) os seguidores, ao presenciarem certos comportamentos de seus líderes, fazem referência a habilidades heróicas ou extraordinárias.

Assim, a liderança carismática baseia-se nas habilidades percebidas e atribuídas pelos seguidores ao líder no exercício da sua liderança. Porém, para que os líderes sejam percebidos como carismáticos têm de emanar algumas características basilares (Conger & Kanengo, 1998), como sejam: auto-confiança, visão, habilidades de articulação, forte convicção, comportamento fora do habitual, agentes de mudança e sensibilidade do ambiente. Também Cavalcanti et al (2006) faz alusão a essas características, porém acresce a necessidade de um percurso específico. Para se identificar como líder carismático é preciso desenvolver a aura de carisma, e consequentemente tornar-se optimista, entusiasta e capaz de comunicar através de palavras e expressões corporais; e posteriormente fixar metas atractivas para que outros se sintam entusiasmadas em segui-las e por último fazer transparecer o potencial dos seguidores.

Outra das abordagens contemporâneas de liderança é a **Teoria Transformacional/Transaccional**, ainda que haja divergência entre o líder transformacional e o líder transaccional.

Para Melo (2001) a especificidade da liderança transaccional está na liderança orientada para a tarefa, enquanto que o líder transformacional tem como principal característica a orientação para a mudança.

A liderança transaccional procura elucidar o papel e os preceitos de tarefa dos empregados e proporcionar aos seguidores compensações positivas e negativas contingentes ao desempenho. Este estilo de liderança baseia-se no uso da motivação extrínseca visando o aumento da produtividade (Kinicki & Kreitner, 2006).

Já a liderança transformacional procura metamorfosear os funcionários para perseguirem os móveis organizacionais em detrimento de seus próprios interesses (Kinicki & Kreitner, 2006). Também Cunha e colaboradores (2006) referem-se à liderança transformacional como o processo pelo qual os líderes estimulam o empenho dos liderados, impelindo-os a suplantar seus próprios interesses com vista aos objectivos organizacionais, o que proporciona grandes mudanças e desempenhos elevados. Para Bennis (1996), esses líderes contraem o encargo de reformar as práticas organizacionais, visando sua adaptação às mudanças.

1.3. Estilos de Liderança

De entre as teorias desenvolvidas e os autores supramencionados, destacam-se sete estilos de liderança fundamentais: liderança autocrática, liderança participativa, liderança democrática, liderança *laissez faire*, liderança gestonária, liderança visionária e liderança estratégica, conforme as referências de Zaleznik (1977), Bennis (1999), Rowe (2002), Kinicki & Kreitner (2006), Cunha et al (2006).

Num estilo de liderança **autocrática**, o líder estabelece orientações sem a participação do grupo e determina as técnicas para a execução das tarefas. É dominador, provocando tensão e frustração no grupo. Têm uma postura particularmente directiva, dando instruções consistentes, sem deixar espaço para a criatividade dos trabalhadores. As consequências desta liderança inventariam a ausência de espontaneidade e de iniciativa por parte dos liderados, bem como a ausência de amizade de grupo, pois os objectivos são, o lucro e os resultados de produção (Cunha et al, 2006).

O trabalho só se desenvolve na presença do líder, uma vez que na sua ausência, expandem-se sentimentos recalcados. O líder autocrático provoca grande tensão, agressividade e frustração no grupo. A baixa consideração pelos subordinados, o modelo motivacional utilizado e a reduzida solicitação de criatividade e experiência parece adequar-se a trabalhos rotineiros e/ou sem requisitos de qualificação. Por outro lado e, tal como expresso por Crawford (1994), vários serviços especializaram-se, caracterizando-se pelo alto grau de conhecimento, pelo que nestas situações, um estilo de liderança autocrática poderá desencadear elevados níveis de absentismo e de insatisfação (Cunha e colaboradores, 2006).

Contrariamente, o **líder participativo** compreende uma forte idoneidade para preparar e desenvolver habilidades nos liderados, mais pela acção conjunta do que pela utilização de processos formais já existentes. Por base em *feed-backs* constantes, tanto sobre o desempenho de seus colaboradores quanto dos seus resultados. A partir de uma comunicação eficaz, o líder participativo envolve todos nas metas e planos de trabalho, análise de problemas, decisões, planeamento e execução, para que cada um sinta a sua influência nos resultados. O envolvimento dos liderados comprova-se pelo comprometimento pessoal e não por obediência às normas, procedimentos ou regras. O líder participativo conta com habilidade em persuadir os demais para obter apoio nos planos propostos (Bennis, 1999)

Do mesmo modo o **líder democrático** assiste e estimula o debate entre todos os elementos. O grupo no seu conjunto decreta as medidas e técnicas necessárias ao alcance dos objectivos organizacionais, ainda que o líder tenha predomínio na deliberação final. O comportamento deste líder é essencialmente de orientação e de apoio, permitindo que cada um escolha o seu parceiro e a divisão da sua tarefa. Neste tipo de liderança, as críticas e elogios reportam-se a aspectos objectivos.

Tais características promovem o bom relacionamento e a amizade entre o grupo, o que ulteriormente fomenta um ritmo de trabalho progressivo e seguro.

Quanto à liderança *laissez faire*, o líder não se impõe ao grupo e consequentemente não é respeitado. Este estrangeirismo, decorrente de uma expressão típica da língua francesa “laissez faire, laissez aller, laissez passer”, demonstra o insucesso do líder em assumir a responsabilidade para liderar, indiciando uma liderança negligente e fraca, onde o líder deixa passar falhas e erros sem corrigi-los. O grupo toma decisões sem a obrigatoriedade de consultar o líder. Visto que não há delimitação de níveis hierárquicos desenvolvem-se atitudes de descomprometimento e o abandono está iminente. Este é

considerado o pior estilo de liderança, pois vigora a desorganização, a confusão, o desrespeito e a falta de uma voz que determina funções e resolva conflitos.

Através dos seus estudos Zaleznik (1977) identificou dois tipos de liderança distintos entre si. De entre eles a **liderança gestonária** no qual o líder, segundo este autor, enfatiza a estabilidade financeira a longo prazo, procurando prosseguir a ordem existente, em detrimento de inovações que podem mudar a organização, falta-lhe a visão, o sonho, a emoção e a criatividade. A liderança gestonária é particular dos gestores e caracteriza-se, fundamentalmente, por um comportamento reactivo, do qual provêm atitudes passivas perante os objectivos, objectivos estes que inveteram na necessidade, mais do que em desejos ou sonhos. O precursor deste tipo de liderança considera-se conservador e aferidor da ordem existente, interagindo com os outros em concordância com a sua influência no processo de tomada de decisão. Envolve-se unicamente em tarefas do quotidiano, utilizando o pensamento linear e orientando-se para os procederes de curto prazo, bem como para o baixo custo. Omite decisões baseadas em valores e acredita no determinismo (escolhas derivam de factores ambientais internos e externos).

Zaleznik (1977) defende um outro tipo de liderança, **visionária**, esta por seu turno característica dos líderes. Este líder é proactivo, e promove a exequibilidade da organização a longo prazo, ao favorecer a mudança, a inovação e a criatividade. Não obstante, possui o realismo e tibieza necessária para manter a organização a curto prazo, ainda que, por vezes o sonho possa impeli-lo em investimentos assoladores da riqueza organizacional.

Este líder mantém relacionamentos interpessoais de modo axiomático e empático, orientando-se para o desempenho das pessoas e com o futuro da organização. Suas decisões assentam em valores e num pensamento não linear, e suas escolhas são estratégicas.

Outro dos estilos de liderança amplamente descrito deriva dos estudos de Rowe (2002), no qual converge os estilos de liderança gestonária e visionária, num novo estilo, a **liderança estratégica**. Este tipo de liderança enfatiza o comportamento ético e as decisões baseadas em valores, harmonizando tarefas quotidianas com compromissos de longo prazo. O líder estratégico desenvolve e implementa estratégias com impacto imediato, sem descuidar a estabilidade e progresso organizacional. Tem elevadas expectativas de desempenho para com seus superiores, seus pares, empregados e para consigo mesmo. Privilegia escolhas estratégicas, que segundo Cunha e colaboradores

(2006), representam as escolhas que causam impacto quer na sua organização, quer no ambiente. Recorre fundamentalmente a metáforas, analogias e modelos que permitam a concórdia de conceitos aparentemente antinómicos.

A preocupação com o conceito e toda a esfera da liderança levou ao aumento das averiguações e à conceptualização de diversas perspectivas, pelo que houve necessidade de, ainda que sumariamente, efectuar uma revisão parcial do que fora estudado. Não somente para clarificar as principais teorias, mas também para evitar conjecturas já ultrapassadas. Pela análise às teorias, depreende-se que a liderança vê-se envolta em diferentes perspectivas que se foram rendendo, no sentido de se tornarem mais abrangentes, pois liderar, concluí-se, engloba diversas variáveis e considerações, não sendo possível identificar qual a mais eficaz em qualquer circunstância de trabalho. Estas teorias por sua vez complementam as concepções a estilos de liderança, isto é, a cada teoria de liderança associa-se um estilo de liderança.

2. LIDERANÇA E DESEMPENHO PROFISSIONAL

As diferentes concepções e estudos em torno da liderança previam o estabelecimento de métodos que permitissem maior eficácia na gestão de recursos humanos e, conseqüentemente, criação de valor da empresa. Cunha e colaboradores (2006) referem a grande preocupação de teóricos em compreender essa dinâmica, correlacionando-a fundamentalmente com a satisfação e o desempenho dos subordinados. Também Robbins & Judge (2007) comprovaram a grande correlação entre a performance profissional e a satisfação no trabalho, todavia mantém-se a necessidade de se compreender em que medida o desempenho profissional é condicionado por essa satisfação.

2.1. Desempenho Profissional

Frederico (1999) refere que desde que o homem empregou outros procurou avaliar o seu desempenho como justificação para a acção salarial, conhecimento das suas potencialidades e aumento da produtividade. Ainda que acrescente não ser uma acção recente, pelo que se conhece dos sistemas utilizados na Idade Média, só a partir da II Guerra Mundial é que estas práticas se intensificaram. Após a II Guerra Mundial

desenvolveu-se a Teoria Clássica da Administração e com ela uma nova perspectiva, demonstrando que o homem era um objecto moldável aos interesses da organização, e consequentemente manipulável em prol do aumento da produtividade, ainda que se acreditasse que a única forma de manipulá-lo fosse através de incentivos económicos.

Desempenho é para Campbell (1990) como o conjunto de comportamentos sob o controlo de cada trabalhador, sendo passíveis de mensuração, e que detêm um carácter instrumental para a concretização dos objectivos da função e da organização. Mais recentemente, Motowidlo (2003), considera desempenho profissional como o valor total esperado para a organização, dos episódios comportamentais discretos de um indivíduo num período de tempo definido.

Desempenho profissional está assim relacionado com o conceito de produtividade, ou seja, com “...o grau em que os resultados se aproximam dos objectivos, ou como a relação entre os resultados e os inputs necessários para alcançá-los” (Cunha e colaboradores, 2006, pág.887), não sendo por si só uma temática muito abordada, pois segundo estes autores, este conceito [o de desempenho] representa essencialmente uma variável individual em contexto organizacional, por seu lado a produtividade é a súpula dessas variáveis individuais com as variáveis organizacionais, e por consequente, mais abrangente. Deste modo, desempenho está expressamente correlacionado com a componente individual de cada funcionário, e que segundo Borman & Motowidlo (1993), equivale à intensidade em que a pessoa coopera com a organização no alcance dos seus objectivos. A partir daqui compreende-se a distinção que estes mesmos autores sugeriram, face às dimensões do desempenho, considerando para tal o desempenho da tarefa e o desempenho contextual. Segundo Borman & Motowidlo (1993) o desempenho da tarefa diz respeito à competência na execução dos processos, tarefas e actividades que correspondem às exigências técnicas da organização. Por seu lado desempenho contextual liga-se aos comportamentos susceptíveis de proliferar um ambiente psicológico, social e motivacional, fomentador da consecução dos objectivos que se prendem com a tarefa. Esta última depreende condutas como persistência entusiástica e esforço, voluntariar-se para a execução de tarefas além do quadro de funções, abonar e comportar os objectivos organizacionais bem como colaborar com os colegas.

Pelo descrito, a avaliação do desempenho assume-se como um instrumento estratégico, com um prodigioso papel na gestão de recursos humanos. Com a implementação de sistemas formais de avaliação de desempenho, as organizações procuram obter a

utilidade potencial de controlar e melhorar o desempenho dos colaboradores. Todavia, Arvey & Murphy (1998) referem que o desempenho profissional é mais do que a execução de tarefas, razão pela qual um único instrumento de avaliação do desempenho é pouco eficaz. Por isso mesmo, Motowidlo (2003) refere a utilização de vários instrumentos como sejam: a avaliação por supervisores, índices de produtividade, rotatividade do pessoal, entre outros, para a avaliação do desempenho das pessoas.

Um dos conceitos intimamente correlacionado com o desempenho profissional é o de empenhamento profissional que segundo Morrow & Wirth (1989) corresponde a relativa identificação e envolvimento para com a profissão, demonstrando a crença e aceitação dos objectivos e valores da mesma, a celeridade de um esforço pela profissão e a vontade em mantê-la. Também Asforth & Mael (1989) indiciam que o empenhamento quer organizacional quer profissional, são antecedentes ou consequências da identificação. Para Muller & Price (1992) o empenhamento profissional refere-se ao grau de dedicação ao desempenho ocupacional, por outro lado Meyer e colaboradores (1993) consideram-no o espelho da ligação psicológica do indivíduo em relação à profissão. Mais recentemente Bamber & Venkataraman (2002) apresentam um conceito em parte similar aos expostos, contrapondo apenas que o empenhamento não se materializa com a identificação dos objectivos e valores da organização.

De acordo com Irving e colaboradores (1997) o empenhamento profissional está coligado a três dimensões: a afectiva, a normativa e a instrumental, da mesma forma que o empenhamento organizacional. Para estes autores a dimensão afectiva corresponde ao grau em que o funcionário se sente emocionalmente aliado, identificado e envolvido no contexto profissional; quanto à dimensão normativa, consideram que o colaborador manifesta elevado sentido de obrigatoriedade ou dever moral em permanecer na instituição; e por último a instrumental que simetriza o reconhecimento do trabalhador em que a sua saída da instituição acarretará custos, como a ausência de alternativas de emprego e mesmo o sentimento de sacrifício pessoal.

Parafraseando Cunha e colaboradores (2006), os inúmeros estudos realizados alvitram que a dimensão que mais contribui para os resultados organizacionais desejáveis é a afectiva. E mais, maiores níveis de empenhamento profissional normativo e particularmente afectivo parece subsequente de colaboradores mais satisfeitos, ainda que se desconheça em que sentidos se influenciam.

2.2. Satisfação no trabalho: como variável para medir o desempenho

Cunha e colaboradores (2006) consideram que a satisfação é um dos resultados mais importante do trabalho e que, directa ou indirectamente tem sido associada ao conceito e reflexões sobre desempenho. Do mesmo modo Teixeira (2005) considera que a satisfação será, de entre as inúmeras variáveis atitudinais arroladas com o trabalho, a de maior importância na actualidade. Mas em que consiste o conceito de satisfação em meio laboral?

O conceito **satisfação** laboral já advém do início do século xx com Taylor e a sua preocupação em aumentar a produtividade, considerando que o montante salarial auferido pelo trabalhador levaria automaticamente a maior satisfação. Nos anos 30, Elton Mayo levou a cabo um estudo acerca da produtividade e ao concluir que trabalhadores satisfeitos produziam mais, foi considerado o expoente máximo da Escola de Relações Humanas (Gonçalves, 1999).

Esta pode ser encarada como resultante do efeito de atitudes positivas, por parte dos funcionários relativamente aos diversos aspectos inerentes às actividades da organização (Kauzny e colaboradores, referenciados por Lucas, 1984). Lucas (1984) faz menção à concepção de Hoppock, na qual a satisfação corresponde apenas a parte da satisfação global com a vida do trabalhador, e que está relacionada com a sua idoneidade em adaptar-se às situações, em relacionar-se com os outros, e com o estatuto relativo à classe socioeconómica com a qual se identifica, estando também dependente da natureza do trabalho e preparação para o executar.

Por seu lado Gomes (1999), referindo-se a Graça, encara a satisfação como uma atitude, emoção ou sentimento que pode ser verbalizado, e consequentemente mensurado pela opinião, quer em relação ao trabalho, quer face ao grau de efectivação das necessidades, predilecções e expectativas profissionais. Este autor acrescenta ainda que esta poderá coexistir na ausência da atracção pelo que é exigido em âmbito laboral.

Também Gonçalves (1999) pactua com esta concepção, e acrescenta tratar-se de um fenómeno complexo em resposta a um estado emocional positivo.

Já Teixeira (2005) conceptualiza a satisfação no trabalho sob duas perspectivas distintas, uma unidimensional ou global, na qual a satisfação é vista como uma atitude em relação ao trabalho em geral e não enquanto somatório dos múltiplos aspectos que o

caracterizam, e uma segunda, multidimensional, considerando-a [a satisfação no trabalho] como consequência de um conjunto de factores associados ao trabalho.

Independentemente da conceptualização e do teórico, o que parece consensual é a influência de factores pessoais e factores associados às características do trabalho, sobre a satisfação no trabalho (Wexley & Yukl, 1984). Talvez por isso, segundo estes autores, se desenvolveram diversas teorias na esperança de se melhor compreender a influência entre ambas. As primeiras teorias sugeriam que a satisfação variava num *continuum* bipolar, entre satisfação numa ponta e insatisfação noutra, e que vários aspectos poderiam influir a proximidade para uma das extremidades. Teorias mais recentes, por seu lado relatam o que Brown (1998) descreve de “*two-continuum model*”, no qual a satisfação no trabalho é posicionada num primeiro nível e a insatisfação num segundo patamar. Estas teorias focam-se na presença ou ausência de determinados factores laborais, intrínsecos e extrínsecos, que podem determinar o nível de satisfação (Brown, 1998). Factores intrínsecos baseiam-se em percepções pessoais e sensações internas, e incluem factores como o reconhecimento e responsabilidade. Para O’Driscoll & Randall (1999) esses factores estão fortemente correlacionados com a satisfação no trabalho.

Por outro lado, factores extrínsecos condizem com variáveis externas à tarefa, que podem abarcar o salário, supervisão e condições laborais. Também estes factores parecem influir significativamente o nível de satisfação no trabalho (Martin & Schinke, 1998).

A conceptualização da satisfação no trabalho não é uniforme: todavia a análise das variáveis que parecem justificá-la parece condizente, agrupando-se em três grandes tipos: variáveis decorrentes das **políticas e práticas organizacionais** (relacionado com a grelha salarial, com a chefia e processo de tomada de decisão), variáveis relacionadas com as **características da função** (variedade, interpretação, autonomia, entre outros) e as variáveis inventariadas com **características individuais** como por exemplo a auto-estima, *locus* de controlo, motivação para o sucesso (Cunha e colaboradores, 2006). Estas considerações enquadram-se em três grandes modelos de indagação: centrados no indivíduo, centrados nas situações e centrados nas interações.

2.2.1. Modelos centrados no indivíduo

O **modelo centrado no indivíduo** demanda o reconhecimento das influências disposicionais relacionadas com a satisfação. Neste sentido a satisfação é entendida como a resposta a um conjunto de factores percebidos pelos indivíduos, como mais ou menos ajustados às suas expectativas.

Quando nos debruçamos sobre as necessidades humanas não podemos deixar de referir a hierarquia das necessidades desenvolvida por Abraham Maslow (1954). A sua visão tradicionalista sobre satisfação no trabalho baseava-se em cinco patamares de necessidades gradativas, e sustenta que a satisfação sucede da resposta que cada um auferir em relação à satisfação das suas necessidades. Maslow (1954) reconheceu cinco necessidades: as necessidades fisiológicas que incluem fome, sede, sono, sexo e outras necessidades corporais, designadas como necessidades básicas de sobrevivência biológica; necessidade de segurança, no qual descreve aspectos que procuram assegurar a estabilidade das pessoas, como a segurança e protecção contra ameaça ou perigo físico e emocional; necessidades sociais que abarcam a afeição, filiação, aceitação social e amizade, ou seja envolvem a necessidade de amor, integração e relacionamento humano; necessidades de estima que incorporam factores internos de estima, como o auto-respeito, autonomia, senso de competência, e factores externos de estima, como status, reconhecimento, prestígio, atenção e consideração. Por último as necessidades de auto-realização, no topo da pirâmide, constituem o impulso que o indivíduo tem, em ser capaz de maximizar as aptidões e capacidades potenciais. Incluem o crescimento pessoal e o alcance da plena potencialidade da pessoa (Chiavenato, 1999). Integram-se nesta abordagem semblantes tão variados da vida do homem como seja, a necessidade de sobrevivência, a necessidade de se realizar ao mais alto nível, passando pela sua relação com os outros. As necessidades que se seguem são sentidas de uma forma efectiva, quando as anteriores já tiverem sido satisfeitas (Maslow, 1954).

Quanto mais o desempenho de uma profissão permitir ao indivíduo crescer e alcançar níveis mais altos de necessidades, muito provavelmente se reflectirá na sua manifestação de satisfação no trabalho, para além de que, o sucesso na motivação dos trabalhadores depende da identificação das necessidades não satisfeitas, e no aperfeiçoamento de técnicas que lhes permitam satisfazê-las.

Baseando-se nesta teoria, Frederick Herzberg (1974) sugeriu que o trabalho por si mesmo, poderia servir como principal responsável pela fonte de satisfação no trabalho.

A **Teoria Bifactorial de Herzberg** identifica dois factores: os higiénicos e os motivacionais, na base da satisfação no trabalho. Os **factores higiénicos** são os derivados do ambiente e na qual, a sua existência apenas previne a insatisfação e a sua falta é considerada desmotivadora, como sejam o salário, segurança, relacionamento com a chefia, condições de trabalho. Os **factores motivacionais** estão relacionados com o que a pessoa faz, e tal promove forte motivação e satisfação nos trabalhadores. A realização profissional, o reconhecimento e as responsabilidades são exemplos desses factores.

De acordo com esta teoria os factores higiénicos equiparam-se aos níveis das necessidades fisiológicas e de segurança constantes da escala de Maslow, por outro lado os factores motivacionais igualam as necessidades secundárias de Maslow (sendo de natureza social, de estima e de auto-realização). Pode-se ainda concluir dos seus estudos que os factores responsáveis pela satisfação não eram conjuntamente responsáveis pela insatisfação, pois a satisfação decorre do trabalho e a insatisfação dos factores contextuais. Similarmente, quando as pessoas se encontram satisfeitas com o seu trabalho, sentem-se motivadas, contudo, a desmotivação não implica insatisfação.

2.2.2. Modelos centrados nas situações

O **modelo centrado das situações** preconiza que a satisfação decorre das características situacionais em contexto ou ambiente de trabalho. Quanto às variáveis consideradas influenciadoras, destacam-se o **clima organizacional** (o conteúdo e intensidade dos valores, normas, atitudes, sentimentos e comportamentos dos membros de um sistema social), **características do trabalho** (relação entre as características do trabalho e os níveis de satisfação) e **informação social** (considerando a influência social e contextual). Esta última defende que a avaliação individual do trabalho é socialmente construída (Cunha et al, 2006).

Em relação à variável características do trabalho, James e Tetrick (1986) realizaram o único trabalho empírico publicado, testando três modelos de relações causais entre percepção da função e satisfação na função, aferindo a legitimidade de três modelos: **pós-cognitivo não recursivo**, que pondera a influência das características da função e a estrutura do grupo sobre as percepções da função e consequentemente a satisfação com a mesma. O modelo **pré-cognitivo recursivo** por seu lado considera que as particularidades da função influem a satisfação e ulteriormente as percepções da tarefa.

Um último modelo, **pré-cognitivo não recursivo**, ainda que reciprocamente relacionadas, a satisfação na função é a primeira causa das percepções da função.

Mesmo que a metodologia empregue não comprove nenhuma das hipóteses, os resultados desacreditaram as hipóteses, com excepção do Modelo Pós-cognitivo – não recursivo, este leva-nos a considerar a motivação, enquanto entidade cognitiva, como a causa primeira da Satisfação, entidade emocional, apesar da dupla direcionalidade da relação.

Também Hackman & Oldham (1980) procuram identificar os factores inerentes ao trabalho e responsáveis pela motivação dos trabalhadores. Estes autores propõem um modelo das características da função, no qual as particularidades centrais do trabalho influem os estados psicológicos dos indivíduos, e consequentemente o desempenho, a satisfação com o trabalho e a motivação.

Segundo Hackman & Oldham (1980) podemos identificar cinco características da função que contribuem para o aumento da motivação: **variedade**: refere-se ao grau em que a função exige o recurso a competências, actividades e conhecimentos diversificados; **identidade**: representa o grau em que a função requer execução de uma unidade de trabalho identificável, isto é, que procura atingir um resultado visível; **significado**: diz respeito ao impacto do trabalho nas vidas dos outros seja dentro ou fora das organizações. Quanto maior esse impacto, maior o significado do trabalho; **autonomia**: está directamente ligada ao nível de independência no planeamento do trabalho e na respectiva forma de execução e; **feed-back**: está associada à quantidade e qualidade da informação sobre o progresso do indivíduo na execução do trabalho e os níveis de desempenho alcançados.

As características da função podem ter, não só uma interferência relevante sobre o bem-estar psicológico dos trabalhadores, como identicamente sobre o rendimento produtivo dos trabalhadores, particularmente entre os que apresentam maior indigência de crescimento e desenvolvimento profissional.

2.2.3. Modelos centrados nas interacções

Já o **modelo centrado nas interacções** procura sintetizar as abordagens: individual e situacional, preceituando a indispensabilidade de conciliar pessoas e situações. No desenvolvimento deste modelo faz-se referência a duas principais correntes: congruência e interacções dinâmicas. A **congruência**, surge em detrimento da

consistência, pois o homem tende a reagir de forma distinta consoante as situações diversas, tornando-se inconsistentes, porém congruentes com a sua personalidade. De acordo com esta corrente as pessoas deverão ser alocadas em funções compatíveis com as suas expectativas e necessidades, o que resultará em maior satisfação e produtividade. Por outro lado, as **interacções dinâmicas** denotam três conceitos chaves, i) as situações com as quais se deparam dependem da própria pessoa e do seu ajustamento para com elas; ii) o facto de serem as pessoas a seleccionarem as situações, leva a contextos específicos, que culminam em relações entre pares homólogos e, consequentemente, à ocorrência de particularidades organizacionais relativamente estáveis; iii) esta perspectiva parece ser a mais indicada para estudos sobre a satisfação (Cunha et al, 2006).

Ainda no decorrer das considerações acerca da satisfação no trabalho, Robbins & Judge (2007) descrevem a necessidade de se considerar as consequências que podem advir da insatisfação dos trabalhadores, pois consistirá numa estratégia de diagnóstico. Na tentativa de compreender os fenómenos sociais, políticos, organizacionais e económicos associado à decadência das empresas Hirshman (1973) desenvolveu um modelo no qual descreve três comportamentos padrão, que identificam as reacções dos trabalhadores as mudanças ou deterioração do desempenho do local de trabalho, organizações e até mesmo do próprio Estado. Segundo este autor, equivalem à combinação de elementos da economia (saída) com os da política (voz e lealdade).

A **saída** é o maquinismo por excelência da economia; uma escolha típica de mercado. Quando determinados clientes se encontram insatisfeitos com um produto ou serviço, é usual deixarem de o comprar e adquirirem um outro similar. Todavia, a saída não se restringe a relações de consumo, podendo ser utilizada em todos os domínios das relações sociais. De acordo com Hirschman (1973), para que a saída tenha efeitos salutarés para o sistema económico ou político, é necessário que exista uma combinação de clientes/membros alertas, que saiam a qualquer ruído de ineficiência, e clientes inertes, que demorem a perceber a deterioração do produto ou serviço oferecido, ou da própria organização. A saída deve funcionar como um alarme, sinalizando para a existência de falhas e imperfeições, mas dando tempo suficiente para a organização se ajustar. A opção pela saída é uma opção activa/destrutiva de uma situação/problema.

Por sua vez, a **voz** representa um comportamento activo/construtivo, uma tentativa de participar na mudança, pelo interior, em detrimento da saída, tal como o refere Hirschman (1973) a voz "é o oposto da saída. (...). Voz é acção política por excelência"

(pág. 26). Ainda assim, a voz é dependente da saída, pois só se efectiva quando a saída não é opção válida para o trabalhador, todavia não é um substituto, mas um complemento. Não obstante, quando não se pode sair, emprega-se a voz para reivindicar direitos, pelo que "... a voz não é mais que uma parte e uma função básica de qualquer sistema político, às vezes também conhecida como 'articulação de interesse'" (Hirschman, 1973, pág. 40).

Este autor ressalva o facto de que, a decisão de permanecer e tentar mudar as coisas obedece a quatro pressupostos básicos: os trabalhadores crêem que poderão influenciar o processo decisório; os custos envolvidos na saída são altos conforme a percepção dos actores; por lealdade à organização; alguns prosseguem na organização, pois confiam no sucesso das reclamações e protestos.

Outro dos comportamentos é a **lealdade**, que para Hirschman (1973) não é o terceiro mecanismo de reacção, mas um elemento relevante na compreensão do funcionamento da saída e da voz. A lealdade funciona como um inibidor da saída e amplificador da voz ou remete o indivíduo a uma situação de passividade diante dos factos. O autor ressalva que a lealdade não é irracional, desinteressada ou relacionada a actos de fé, pelo contrário, "a lealdade contém uma enorme dose de racionalidade" (Hirschman, 1973, pág. 84). Os trabalhadores encontram-se propícios a cooperar com a organização, directa ou indirectamente, desde que haja confluência entre as actividades desempenhadas e os objectivos pessoais. Com efeito, a lealdade origina-se na estrutura de incentivos, motivo pelo qual o indivíduo será leal quando a organização o reconhece e o premia pelos seus esforços. Convém referir que, segundo Hirschman (1973) a lealdade não pode ser confundida com a ausência de saída. Muito pelo contrário, "a utilidade da lealdade depende da proximidade do substituto disponível" (pág. 85). A força da lealdade reivindica a possibilidade de várias saídas. Só existirá lealdade enquanto existir a opção de saída, e o trabalhador não o faça, antepondo o uso da voz para alterar a organização.

Mais recentemente, Turnley & Feldman (1999) fazem menção aos três comportamentos padrão e acrescenta um quarto, denominado **negligência**. Este, comportamento passivo/destrutivo, exterioriza-se pelo desinteresse generalizado, absentismo crónico, baixa produtividade e eficiência, visto que o trabalhador se mantém na organização mas não expressa verbalmente o seu descontentamento. A negligência efectiva-se quando o trabalhador reconhece os custos da saída e não é suficientemente leal para manifestar o seu descontentamento através da voz, ou não denota vantagens dessa manifestação.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho de investigação

Terminada a análise teórica dos domínios em estudo, compete definir como a investigação visa ser orientada, de forma a responder às questões de indagação inicialmente enunciadas. Para Fortin (1999) a metodologia resume-se ao conjunto de processos e práticas que encaminham a elaboração do processo de investigação científica. Segundo Leopardi (2001), metodologia é a arte de dirigir o espírito da investigação, com recurso ao estudo dos processos, práticas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objectivos.

Este trabalho de investigação procura caracterizar os estilos de liderança dos enfermeiros chefes ao nível dos cuidados de saúde primários, percepcionados pelos enfermeiros de cuidados gerais, e correlacioná-los com a satisfação profissional dos enfermeiros e com os indicadores de produção.

Num estudo do tipo correlacional o investigador estima as relações existentes entre variáveis, com o objectivo de prever as características de uma variável a partir do conhecimento de uma segunda variável, agindo o inquiridor como um moderador das mesmas. Neste caso específico, pretende-se perceber em que medida a satisfação profissional dos enfermeiros de cuidados gerais é influenciada pela percepção que têm do estilo de liderança dos enfermeiros chefes; e, ulteriormente, em que medida este influenciará o seu desempenho profissional. A análise subsequente ao desempenho profissional será considerada pela média das taxas dos indicadores de enfermagem, nomeadamente indicadores de produção, como sejam o número de consultas de enfermagem e de tratamentos (quer sejam consultas no serviço, quer sejam no domicílio), patentes no último relatório de actividades dos Centros de Saúde da RAM. É também neste contexto que é um estudo longitudinal, visto procurar estudar o efeito de vários factores e determinar associações comuns entre os mesmos.

A escolha por este tipo de indicador de desempenho cinge-se às diferenças populacionais anexas a cada centro de saúde, as quais poderiam influir negativamente outros índices de desempenho. Por exemplo, um centro de saúde com uma população maioritariamente idosa poderá ter uma taxa de cobertura da vacina da gripe menor que a de um outro centro de saúde com população mais jovem. Não somente, também uma

população mais envelhecida terá menor taxa de cobertura de consultas de planeamento familiar, saúde da grávida/infantil que uma população maioritariamente mais activa.

3.2. População

Os enfermeiros generalistas que trabalham ao nível dos cuidados primários de saúde, dos concelhos da RAM, com exclusão do Funchal e Porto Santo, serão a população-alvo. Os enfermeiros generalistas são os profissionais que desempenham cuidados numa abordagem mais próxima ao cliente, e cujos indicadores de desempenho são mais facilmente extrapolados e generalizados em termos comparativos, daí a escolha desta classe enquanto população-alvo do estudo.

A amostra deveria ser determinada de acordo com a Tabela de Krejcie & Morgan (1970), porém não é viável considerar a população total na determinação da amostra, pois esta reparte-se por Concelho e por enfermeiro chefe. Ainda que se quisesse determinar em concordância com o enfermeiro chefe, a amostragem não seria significativa. Por isso mesmo serão considerados todos os enfermeiros generalistas de cuidados de saúde primários a exercerem funções nessas instituições.

O estudo exclui Funchal e Porto Santo porque as características próprias associadas à dimensão, número de enfermeiros de cuidados gerais por enfermeiros chefe e especificidades ao nível dos indicadores de desempenho poderiam levar a incoerência na análise comparativa.

3.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi constituído por questionários, onde coexistem dados de caracterização da amostra, bem como itens para a avaliação relativa ao superior hierárquico (chefia), e outros que avaliam o grau de satisfação profissional.

Os dados sócio-demográficos contemplam a idade, sexo e estado civil, bem como a situação laboral, nomeadamente categoria profissional, tipo de vínculo e tempo de serviço.

Neste questionário serão efectuadas seis questões que procuram determinar comportamentos de saída, voz, negligência e lealdade, descritas por Turnley & Feldman (1999) na abordagem a comportamentos de insatisfação.

Relativamente à questão de investigação surgiu a necessidade de utilizar dois instrumentos de colheita de dados distintos; o primeiro, como já referido, relaciona-se com a avaliação relativa ao superior hierárquico (chefia), que permite compreender a percepção dos enfermeiros acerca de características determinantes na liderança empreendida pelo seu superior, e o segundo referente ao índice de satisfação profissional (analisado perante seis factores: autonomia, remuneração, relações interpessoais, status profissional, requisitos do trabalho e normas organizacionais).

No primeiro caso foi usado o IASP (5.^a versão) *Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional*, utilizada na Dissertação de Mestrado de Óscar Tavares (2008).

A versão original deste instrumento é da autoria do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, Investigador na Faculdade de Economia e no Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. A versão final do instrumento original incluiu, para o que interessa relativamente ao estudo actual, 13 dimensões principais, em que a que foi usada neste estudo, se refere apenas à primeira, a Supervisão.

Esta dimensão subdivide-se em 11 itens que descrevem diversos aspectos inerentes à supervisão, e que são avaliados segundo uma escala, tipo Likert, entre 0 e 5, Excelente e Mau, respectivamente.

Quanto ao *Índice de Satisfação Profissional*, foi usado o mesmo do trabalho de Rosângela Silva (2008). Este instrumento foi desenvolvido por Paula L. Stamps em 1997 e, segundo Silva (2008) traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Lino em 1999.

Através deste instrumento pode-se avaliar a importância atribuída pelos enfermeiros relativamente às seis componentes do trabalho anteriormente referidas (autonomia, remuneração, relações interpessoais, status profissional, requisitos do trabalho e normas organizacionais). Compõe-se de duas partes; recorrendo ao método de medidas de atitudes e relaciona a situação actual de trabalho, com a medida de expectativas em relação ao trabalho.

A primeira parte estabelece relação entre as seis componentes, na qual cada enfermeiro deverá considerar a mais importante para a sua satisfação no trabalho. São seis os factores que compõem esta parte, pareados em 15 itens, sem repetições ou inversões, sendo que cada componente aparece num total de 5 vezes. Estes factores são definidos como:

- Autonomia: grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas actividades diárias do trabalho.
- Interação: oportunidade de contacto social e profissional, formal e informal durante o horário de trabalho.
- Status profissional: importância ou significância percebida acerca do seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
- Requisitos do trabalho: tarefas ou actividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
- Normas organizacionais: normas administrativas e procedimentos propostos pela instituição e administração do serviço de enfermagem.
- Remuneração: pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

A segunda parte conta com uma escala de atitudes com 44 afirmações, em que cada resposta contempla 7 possíveis respostas, variáveis entre 1 e 7, estilo escala de Likert, em que o 1 corresponde ao concordo totalmente e o 7 ao discordo totalmente. As afirmações constantes na Parte B do instrumento correspondem a um dos componentes patente na Parte A: isto é, as afirmações foram desenvolvidas tendo em conta cada uma das componentes. De acordo com o modelo original à componente autonomia correspondem as afirmações 7, 13, 17, 20, 26, 30, 31 e 43; aos requisitos do trabalho condizem as asserções 4, 15, 22, 24, 29 e 36; à remuneração as afirmações 1, 8, 14, 21 e 32; ao status profissional as questões 2, 9, 11, 27, 34, 38 e 41; às normas organizacionais as frases 5, 12, 18, 25, 33, 40 e 42; e por último à interação a 3, 6, 10, 16, 19, 23, 28, 35, 37 e 39.

Neste estudo, a Parte B deste instrumento, contará apenas com 43 afirmações, uma vez que a questão 44 do instrumento original refere-se ao ajuste salarial que é efectuado no serviço. Na nossa realidade este ajuste é determinado pelo Ministério e não pela instituição, daí a sua remoção.

Tratando-se de uma investigação científica surge a premência de se efectuarem estudos pilotos dos instrumentos de colheita de dados à população em estudo. Porém considerando que os instrumentos foram traduzidos e adaptados à realidade portuguesa, com posterior validação no âmbito de profissionais de enfermagem, não pareceu necessário a sua sujeição a um estudo piloto.

3.4. Aspectos Éticos

Todo o projecto teve como alicerce o reconhecimento explícito do valor absoluto da pessoa humana, bem como nos direitos fundamentais da pessoa, nomeadamente do seu direito à livre autodeterminação, direito à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, direito à protecção contra desconforto e prejuízo e direito a tratamento justo e equitativo. Como tal o instrumento de colheita de dados seleccionado foi levado à ponderação e beneplácito da Comissão de Ética e Conselho de Administração do SESARAM, E.P.E. A cada instrumento foi atribuída uma codificação, por enfermeira chefe, de forma a se manter o anonimato das respostas.

3.5. Procedimentos da Colheita de Dados

A colheita de dados foi efectuada no SESARAM, E.P.E. durante a segunda e terceira semana de Julho de 2010. Foram pessoalmente contactados os enfermeiros chefes, ou o seu representante em caso de ausência, para entrega dos questionários bem como os envelopes onde os armazenaram *à posteriori*. Depois de preenchidos, foram levantados nos respectivos serviços.

O preenchimento do questionário foi efectuado pelos enfermeiros de cuidados gerais. Antes do preenchimento do questionário cada enfermeiro teve acesso ao documento de informação ao participante (anexo 1). A informação ao participante, assim como o questionário preenchido, foram armazenados, separadamente, em envelopes disponíveis para o efeito, no serviço.

Foram asseguradas todas as questões éticas associadas à realização dos trabalhos de investigação. O enfermeiro foi livre de recusar a sua participação no estudo sem quaisquer repercussões.

Após a recolha dos dados procedeu-se à análise dos mesmos, no sentido de facilitar a interpretação e compreensão dos resultados em termos de conclusões. Foi efectuada uma análise de frequências, factorial e correlacional dos dados obtidos através da aplicação dos instrumentos, procurando encontrar as tendências e possíveis relações existentes entre os resultados obtidos e os indicadores de enfermagem.

O tratamento estatístico foi efectuado através da aplicação informática Statistics Package for Social Sciences, versão 17.0 (SPSS).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, após caracterização da amostra, proceder-se-á à descrição e análise dos resultados dos diversos procedimentos efectuados.

Numa primeira fase será feita uma análise descritiva dos dados relativos aos comportamentos de insatisfação, seguindo-se a análise descritiva dos instrumentos utilizados, por enfermeira chefe, para darem resposta aos objectivos do estudo.

Neste sentido optou-se por descrever e analisar: os itens patentes no instrumento relativo à supervisão; e a satisfação total calculada pelas partes A e B do Índice de Satisfação Profissional

No instrumento relativo à supervisão determinaram-se as médias das frequências simples das respostas obtidas, por cada enfermeira chefe, enquadrando-se a percepção dos enfermeiros generalistas face o seu superior hierárquico entre 0 e 4, em que o zero corresponde a uma apreciação Excelente e o quatro a uma apreciação Má.

Relativamente ao Índice de Satisfação Profissional, este é constituído por duas partes (A e B), necessárias à determinação da satisfação total. A parte A compreende a selecção de factores que, para cada inquirido, tem maior impacto na sua satisfação profissional, ou seja, perspectiva determinar qual dos factores é o mais importante para a satisfação no trabalho. Para a determinação dos *scores* de cada componente, criou-se uma matriz de frequência, que evidencia quantas vezes cada componente foi escolhida, em relação às outras. Estas frequências foram posteriormente convertidas em matriz de proporção (divisão dos valores absolutos pelo tamanho da amostra) e ainda em matriz-Z (conversão das proporções em desvios-padrão), obtendo-se os Coeficientes de Ponderação dos Componentes.

A parte B é composta por uma escala de atitudes com 43 afirmações, em que cada resposta varia entre concordo plenamente e o discordo plenamente (1 a 7, respectivamente). Nesta parte os itens foram agrupados por componentes e foram criadas matrizes de distribuição das frequências de respostas. Segue-se a inversão do *scores* positivos, para a determinação do *score* total da escala. Criaram-se matrizes de distribuição de frequências por cada componente, e os valores atribuídos por cada enfermeiro, foram somados, permitindo calcular o *score* total do componente. Depois

calculou-se o *score* total da escala e o *score* médio da mesma, cujas variações possíveis, neste estudo, é de 43 a 301 e 1 a 7, respectivamente.

Após a multiplicação dos coeficientes de ponderação dos componentes (Parte A) com os *scores* médios de cada componente (Parte B), somaram-se os *scores* ajustados e foram divididos por seis, obtendo-se o Índice de Satisfação Profissional.

O Índice de Satisfação Profissional requer a análise da consistência interna, para tal recorreu-se ao alpha de Cronbach. Segundo Pestana & Gagueiro (2005) a consistência interna define-se como a simetria da variabilidade nas respostas, que resulta de diferenças nos inquiridos, não porque o instrumento de colheita de dados seja dúbio mas porque as respostas são divergentes. O alpha de Cronbach enquanto medida de verificação dessa consistência demonstra “a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo” (pág. 528). Este indicador varia entre 0 e 1 considerando-se uma consistência inadmissível se valor negativo. Quanto mais perto de 1 melhor a consistência. No caso de um alpha de Cronbach negativo, os autores referem que existem correlações também negativas, razão pela qual deverá ser inutilizado, uma vez que viola o modelo de consistência interna.

Apesar de Pestana & Gagueiro (2005) considerarem que um alpha de Cronbach inferior a 0,6 é inaceitável, neste estudo serão apenas inutilizados os valores cuja consistência interna seja negativa, pois uma vez que a amostragem por cada enfermeira chefe é relativamente pequena é muito provável que esta [a consistência interna] não seja tão alta como o desejado.

Visto que o objectivo final do estudo é comparar em que medida a percepção do estilo de liderança da enfermeira chefe influi a satisfação profissional e indicadores de desempenho, determinaram-se os índices de satisfação profissional total de cada equipa de enfermagem.

Posteriormente analisaram-se as correlações entre as respostas obtidas aos itens referentes à supervisão (chefia) e: caracterização sócio-demográfica; comportamentos de insatisfação; satisfação profissional; e indicadores de produtividade.

Para a análise das possíveis relações entre a percepção da supervisão e a caracterização sócio-demográfica, bem como com os comportamentos de insatisfação, recorreu-se ao teste de associação entre variáveis independentes e cujas observações são discretas, nomeadamente o Qui-Quadrado. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende de parâmetros populacionais, como média e variância. O princípio básico deste método é comparar proporções, isto é, verifica se a distribuição das frequências observadas se

desvia significativamente das frequências esperadas (Pestana & Gagueiro, 2005). Considerando hipóteses nulas, rejeitamo-las se a probabilidade for inferior a 0,05, representando haver diferenças estatisticamente significativas. Para uma correcta utilização e minimização da margem de erro, será considerada a amostra total em detrimento das amostragens por enfermeira chefe.

4.1. Caracterização da Amostra

Após o período de colheita de dados, a amostra consubstancia-se com 126 participações, num total de 182 enfermeiros, o que equivale a 69,23% da população.

A idade média da amostra é de 34,75 anos, sendo a máxima 59 anos e a mínima 22anos. Igualmente 47,6% dos enfermeiros têm idade compreendida entre 26 e 35 anos, inclusive, e 60,3% têm menos de 35 anos.

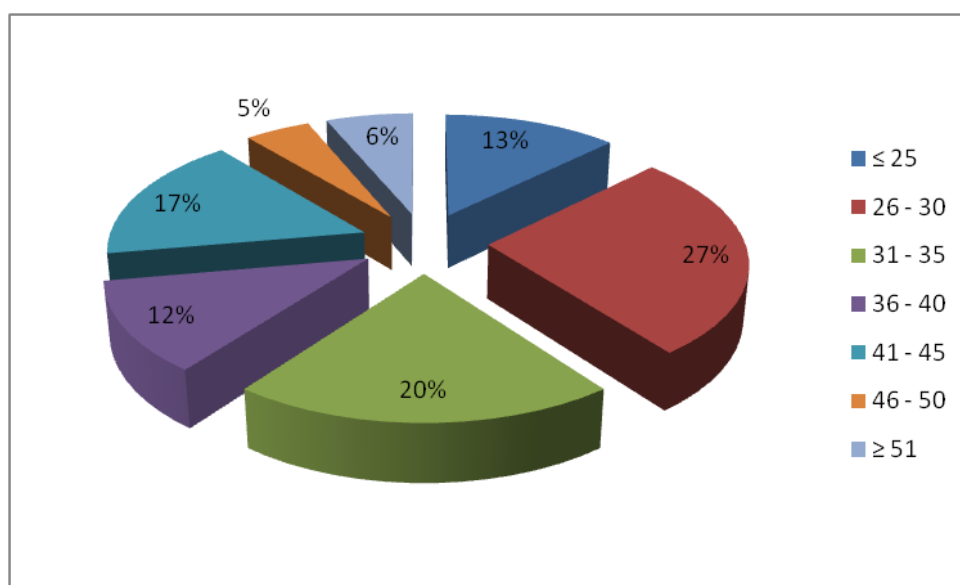


Gráfico 3 – Caracterização da amostra total segundo idade

No total da amostra, 91,3% são do género feminino, o que demonstra a recente abertura da profissão de enfermagem a ambos os sexos.

No que se refere ao estado civil 61,1% dos enfermeiros é casado ou vive em união de facto e 33,3 são solteiros.

Dos enfermeiros participantes 61,9% são graduados, 37% dos enfermeiros detêm um Contrato Individual de Trabalho, conforme gráfico 7. Seguem-se os nomeados com um percentual de 34. A nomeação corresponde à actual designação do Quadro da Função Pública. Os restantes enfermeiros surgem com referência ao regime de contrato de trabalho da função pública (26% da amostra), regime contratual proposto pelo Estado para a transição dos antigos funcionários do quadro que não quisessem permanecer ligados ao empregador segundo condições contratuais de Nomeação.

No que se refere ao tempo de serviço a média é de 10,48. Este indicador corresponde ao período de tempo total desde que os participantes exercem funções, independentemente do serviço ao qual estiveram inclusos.

Dissecando os resultados obtidos verifica-se que 36,5% têm menos de 5 anos de serviço, inclusivamente, e que em contrapartida somente 23% têm mais de 20 anos de serviço (Gráfico 4), o que coaduna o anteriormente referido quanto à, relativa proximidade, do investimento efectuado nos cuidados de saúde primários. Por outro lado o grande percentual de enfermeiros a exercer funções é entre 10 e 20 anos com de 44, o que vem coincidir com as primeiras preocupações das reformas de saúde com aspectos de saúde comunitária, ou seja, cuidados de saúde primários.

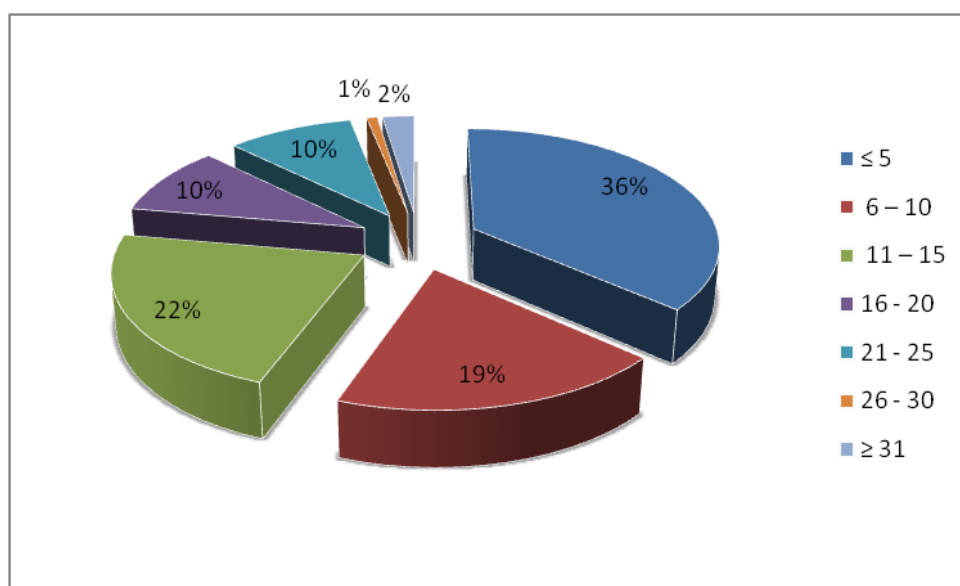


Gráfico 4 – Caracterização da amostra total segundo tempo de serviço

Nesta amostra o período de tempo sob chefia da actual chefe reflecte-se numa média de 7,10 anos. O período de tempo máximo no mesmo estabelecimento é de 34 anos.

A amostra comprova que a maior parte dos enfermeiros a exercer funções sob chefia da actual chefe fá-lo à menos de 5 anos, inclusive, com um percentual de 59, conforme gráfico 5.

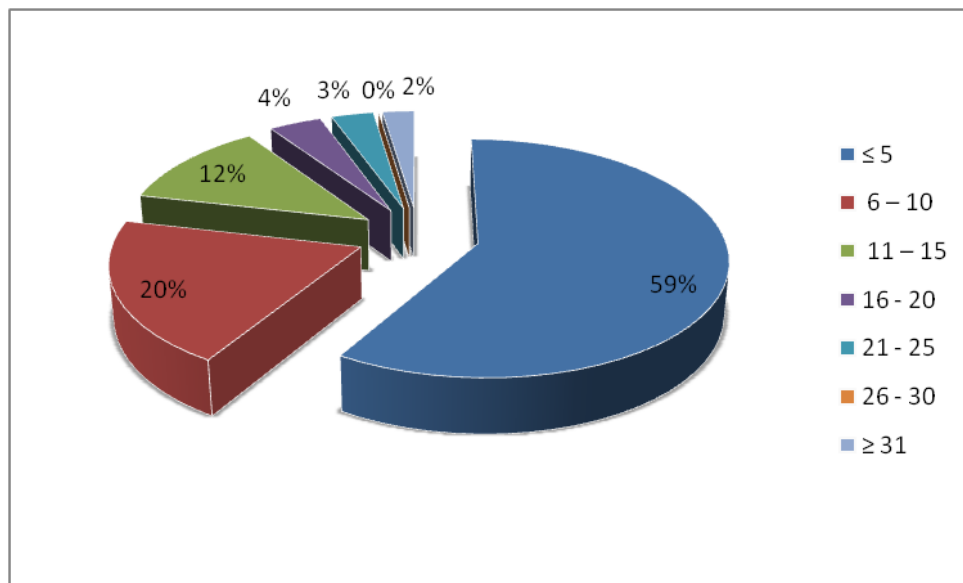


Gráfico 5 – Caracterização da amostra total segundo tempo a exercer funções no presente estabelecimento

Relativamente ao período de tempo sob chefia da actual enfermeira, a pergunta relativa ao facto de os enfermeiros terem ou não mudado de serviço recentemente mostra que somente 7% o fez nos últimos 6 meses.

4.2. Indicadores de comportamentos de insatisfação

Num estudo desenvolvido por Turnley & Feldman (1999), os autores procuraram compreender de que forma a violação do contrato psicológico influenciaria os comportamentos de insatisfação anteriormente identificado por Hirschman em 1973. Para a mensuração dos comportamentos de saída, voz, lealdade e negligência os autores consideraram diversas escalas, as quais contemplam as perguntas incluídas no actual instrumento de colheita de dados.

Relativamente a comportamentos de saída foi usada a afirmação “Actualmente, encontro-me à procura de outro local de trabalho”, apenas 1% respondeu positivamente. Em complementaridade, uma das hipóteses do estudo de Turnley & Feldman (1999) era o facto de que funcionários tendem a manifestar menor dedicação e proveito quando

dispõem de outras alternativas de trabalho, como sejam, *part-times*. Face a este indicador 8% refere possuir um *part-time*.

Para analisar comportamentos de voz, à afirmação “Tenho à vontade para debater, com meu superior hierárquico, aspectos de injustiça laboral percebida” 26% responderam negativamente.

Foi igualmente considerada a afirmação “Acredito na metodologia de trabalho implementada pelo meu superior hierárquico e sou capaz de a defender perante terceiros” como caracterizador do comportamento de lealdade. Os resultados demonstram que 20% dos enfermeiros não acreditam na metodologia de trabalho praticada em seus serviços.

Por último, e no que respeita ao comportamento de negligência, a afirmação “Procuro passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das minhas actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais) evidenciou 15% de respostas positivas.

4.3. Caracterização da amostra segundo enfermeira chefe

4.3.1. Enfermeira Chefe A

4.3.1.1. Caracterização sócio-demográfica

A equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira A é composta por 8 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 62,5% dos enfermeiros. De entre os participantes 100% são do sexo feminino e 80% têm mais de 30 anos.

Relativamente ao estado civil, 40% são casados ou vivem em união de facto. No que respeita à categoria profissional 80% são enfermeiras graduadas, e quanto ao tipo de vínculo 60% detêm um Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública.

O outro tipo de vínculo referenciado é o Nomeação, com um percentual de 20.

Face ao tempo de serviço, a média é de 15,2 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 24 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, 80% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da

Enfermeira Chefe A há mais de 5 anos inclusive, razão pela qual, em resposta à pergunta: Mudou de serviço recentemente, 100% responderam não.

4.3.1.2. *Comportamento de insatisfação*

Analisando as questões relacionadas com comportamento de insatisfação verifica-se que 20% possuem um *part-time* e procuram passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades, incluindo pausas e assuntos pessoais. Todos os enfermeiros manifestam à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida e acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, sendo capazes de a defender perante terceiros.

4.3.1.3. *Liderança*

Das respostas obtidas na caracterização da chefia as escolham incidiram fundamentalmente entre Muito Bom (1) e Regular (3). Face a estes, as respostas médias definem a percepção de liderança num BOM (1,81).

4.3.1.4. *Satisfação profissional*

O alpha de Cronbach das respostas ao Índice de Satisfação Profissional evidencia uma consistência interna razoável (0,743).

Depois de calculados os *scores* de cada componente procedeu-se à determinação dos *z-scores* e do coeficiente de ponderação de cada componente de forma a podermos identificar qual assume maior importância na satisfação da equipa de enfermagem sob tutela da enfermeira chefe A. Dito isto, a autonomia é a componente com maior ponderação, seguindo-se o *status profissional*. A componente com menor ponderação foi a interacção.

Considerando a relação entre o coeficiente de ponderação e o *score* médio de cada componente e posterior divisão pelo número de componentes total, obtivemos para esta equipa uma satisfação profissional de 9,94, o que evidencia uma satisfação profissional moderada.

4.3.2. Enfermeira Chefe B

4.3.2.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Nos Centros de Saúde sobre chefia da enfermeira B trabalham 10 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 80% da população. De entre a amostra 87,5 % são do sexo feminino.

Ao nível da caracterização segundo idades, a média é 38,13 anos, e no qual 75% da amostra tem mais de 31 anos, inclusive.

No que respeita ao estado civil 75% são casados ou vivem em união de facto. De entre os inqueridos 75% são enfermeiros graduados e o mesmo percentual detêm o Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública.

A média de tempo de serviço é de 14,25 anos, e de serviço sob chefia da enfermeira chefe B é de 11,38. O percentual de enfermeiros sob chefia da enfermeira em análise há mais de 7 anos, inclusive, é de 75.

4.3.2.2. *Comportamento de insatisfação*

Nenhum dos enfermeiros mudou de serviço recentemente, nem se encontra em situação de procurar outro local de trabalho. Em situação de *part-time* encontram-se 12,5%, e 37,5% não tem à vontade para debater com seu superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percepcionada, da mesma forma que 25% não acredita na metodologia de trabalho implementada. Nenhum dos enfermeiros procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.2.3. *Liderança*

No que respeita à liderança da enfermeira chefe B a opinião global da equipa caracteriza o estilo de chefia num MUITO BOM (1,24).

4.3.2.4. *Satisfação profissional*

Para o instrumento relativo à satisfação profissional, as respostas obtidas têm uma consistência interna razoável (Alpha de Cronbach de 0,743).

Após determinação dos z-scores e posteriormente o coeficiente de ponderação de cada componente verificamos que a equipa de enfermagem em escrutínio atribui à autonomia e à remuneração as maiores ponderações sendo, consequentemente, as componentes com maior impacto para a satisfação profissional. Contrariamente, as normas organizacionais assumem a menor ponderação.

No que respeita ao ISP total a equipa de enfermagem demonstra uma moderada satisfação: 10,01.

4.3.3. Enfermeira Chefe C

4.3.3.1. *Caracterização sócio-demográfica*

A enfermeira Chefe C totaliza na sua equipa 16 enfermeiros, sendo que 12 responderam ao inquérito. De entre a amostra 75 % são do sexo feminino, 50% da amostra têm mais de 32 anos, inclusive, e 50% são casados.

No que respeita à categoria profissional 58,30% são enfermeiras graduadas, e quanto ao tipo de vínculo 33,33 é o percentual correspondente a cada categoria: Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública, Contrato Individual de Trabalho e Outro – Nomeação.

Relativamente ao tempo de serviço, a média é de 11 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 32 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, 50% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúde sob chefia da Enfermeira Chefe C há mais de 7 anos inclusive.

4.3.3.2. *Comportamentos de insatisfação*

Nas restantes perguntas relativas a comportamentos de insatisfação, 8,3% mudaram de serviço recentemente, e mesmo percentual equivale aos enfermeiros com *part-time*. Na amostragem 16,7% não têm à vontade para debater com seu superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, bem como não acreditam na sua metodologia, nem são capazes de a defender perante terceiros. Continuando, 8,3%

procuram passar despercebidos para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.3.3. *Liderança*

Relativamente à enfermeira chefe C e à sua chefia, a média global correspondente à percepção dos enfermeiros é de 1,64 (BOM).

4.3.3.4. *Satisfação profissional*

A consistência interna das respostas obtidas na Parte B do ISP é fraca, sendo o alpha de Cronbach de 0,475.

Analisada a frequência das respostas obtidas verificamos que a equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira chefe C atribui elevada ponderação à autonomia e remuneração, e menor às normas organizacionais, tal como evidenciado pela equipa anterior. Esta equipa de enfermagem identifica um índice de satisfação profissional moderado (9,42).

4.3.4. Enfermeira Chefe D

4.3.4.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Nos Centros de Saúde sobre chefia da enfermeira Chefe D contam-se 8 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 75% da população. De entre a amostra 83 % são do sexo feminino, 66,7% da amostra têm mais de 36 anos, inclusive. No que respeita ao estado civil 66,7% são solteiros.

De entre os inqueridos 66,7% são enfermeiros graduados e 33,3% detêm o vínculo profissional: Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública.

A média de tempo de serviço é de 10,17 anos, e de serviço sob chefia da enfermeira chefe D é de 4,33%. O percentual de enfermeiros sob chefia da enfermeira chefe D há mais de 5 anos, inclusive, é de 50.

4.3.4.2. *Comportamentos de insatisfação*

Nenhum dos enfermeiros mudou de serviço recentemente, nem se encontra em situação de procurar outro local de trabalho, do mesmo modo, nenhum possui *part-time*. Por

outro lado 33,3% não tem à vontade para debater com seu superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, da mesma forma que 33,3% não acreditam na metodologia de trabalho implementada. Nenhum dos enfermeiros procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.4.3. Liderança

Relativamente à percepção dos enfermeiros generalistas sob liderança da enfermeira D parece haver uniformidade nas respostas, estando a média das escolhas num 1,74 (BOM).

4.3.4.4. Satisfação profissional

A consistência interna da Parte B do ISP é negativa (-0,433), razão pela qual não será efectuada sua análise, conforme o preconizado por Pestana & Gagueiro (2005).

À parte da análise detalhada de cada componente, foi determinado o índice de satisfação profissional total, para que posteriormente seja possível estabelecer correlações entre as variáveis em estudo. Assim, o ISP total é de 10,16.

4.3.5. Enfermeira Chefe E

4.3.5.1. Caracterização sócio-demográfica

Relativamente à equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira E, responderam ao inquérito 7 enfermeiros, o que equivale a 70% da população, e entre os quais 85,7% são do sexo feminino e 57,1% têm mais de 33 anos, inclusivamente.

No que respeita ao estado civil, 71,4% são casados. Quanto à categoria profissional 57,1% são enfermeiras graduadas, e em relação ao tipo de vínculo 57,1% detêm um Contrato Individual de Trabalho.

Face ao tempo de serviço, a média é de 7,29 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 7 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, 57,1% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe E há mais de 5 anos inclusive.

4.3.5.2. *Comportamentos de insatisfação*

Analisando as questões relativas aos comportamentos de insatisfação verifica-se que 14,3% possui um *part-time*, que 42,9% não têm à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida. De entre os quais 14,3% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, sendo incapazes de a defender perante terceiros. Relativamente a esta questão 28,6% abstiveram-se. O percentual de enfermeiros que procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais) é de 14,3%.

4.3.5.3. *Liderança*

Nos dados apresentados face à supervisão denota-se uma consideração REGULAR (2,52) da enfermeira chefe.

4.3.5.4. *Satisfação profissional*

Face ao índice de satisfação profissional o alpha de Cronbach é de 0,864, o que denota uma boa consistência interna.

As respostas obtidas atribuem à autonomia e às normas organizacionais a maior ponderação e consequentemente consideram-nas as mais importantes na determinação da satisfação profissional. Por outro lado a remuneração assume a menor importância. A equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira E evidencia um índice de satisfação profissional de 10,08.

4.3.6. Enfermeira Chefe F

4.3.6.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Nos Centros de Saúde sobre chefia da enfermeira Chefe F contam-se 16 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 87,5% da população. De entre a amostra 92,9 % são do sexo feminino.

Ao nível da caracterização segundo faixa etária, 68% da amostra têm uma idade compreendida entre ≥ 26 e ≤ 35 , sendo a média de idades de 34,57 anos.

No que respeita ao estado civil 85,7% são casados ou vivem em união de facto. De entre os inqueridos 71,4% são enfermeiros graduados e 42,9% são Nomeados, caracterização atribuída ao antigo Quadro da Função Pública.

A média de tempo de serviço é de 9,71 anos, e de serviço sob chefia da enfermeira chefe D é de 6,21. O percentual de enfermeiros sob chefia da enfermeira chefe F há menos de 5 anos, inclusive, é de 64,3.

4.3.6.2. Comportamentos de insatisfação

De acordo com os dados trata-se de uma equipa jovem, na qual 14,3% mudou de serviço recentemente. Nenhum dos enfermeiros se encontra à procura de outro local de trabalho. Na amostra 14,3% possui um *part-time*, e 21,4% não possui à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida. Por outro lado, 14,3% não acredita na metodologia de trabalho implementada.

Na amostragem 35,7% procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.6.3. Liderança

As opiniões dos enfermeiros generalistas face à chefia do seu superior hierárquico caracterizam-na num MUITO BOM (1,29), sendo que face ao item investimento na qualidade a apreciação é excelente.

4.3.6.4. Satisfação profissional

As respostas obtidas no ISP, através da equipa sob chefia da enfermeira F, denotam uma consistência interna muito baixa (0,562).

É considerado por esta equipa de enfermagem que a autonomia e os requisitos do trabalho patenteiam as componentes com maior impacto na satisfação profissional. O índice de satisfação profissional evidenciado é de 9,54 (Satisfação Moderada).

4.3.7. Enfermeira Chefe G

4.3.7.1. *Caracterização sócio-demográfica*

A Enfermeira Chefe G tem na sua equipa 11 enfermeiros generalistas, sendo que 6 responderam ao inquérito, correspondendo a amostra a um percentual de 54,5%. De entre os inqueridos, 100% são do sexo feminino e 66,7% têm mais de 33 anos.

Relativamente ao estado civil, 83,3 % são casados ou vivem em união de facto. No que respeita à categoria profissional 66,7% são enfermeiros graduados, e quanto ao tipo de vínculo esse existe em igual percentual entre os três tipos de contrato de trabalho em vigor: Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública, Contrato Individual de Trabalho Nomeação, com 33,3%.

Face ao tempo de serviço, a média é de 10 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 8 anos de serviço. De entre os inquiridos 50% são enfermeiros há mais de 12 anos. Em relação ao tempo em que exerce funções nos estabelecimentos sob chefia da Enfermeira Chefe G a média é de 5,50 anos, na qual 66,7% exerce funções à de cinco anos

4.3.7.2. *Comportamentos de insatisfação*

Analisando as questões que procuraram demonstrar um dos comportamentos de insatisfação, comprova-se que nenhum dos inquiridos mudou de serviço ou se encontra à procura de outro local de trabalho. Por outro lado, 16,7% possui um *part-time*. Na amostragem 66,7 % não possui à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, e 16,7% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, não sendo capazes de a defender perante terceiros e, o mesmo percentual procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades, incluindo pausas e assuntos pessoais.

4.3.7.3. *Liderança*

Nos serviços sob liderança da enfermeira chefe G parece haver concordância entre a percepção de cada enfermeiro generalista e os itens de caracterização da chefia, pois os desvios padrão são relativamente baixos, sendo mesmo nulo no que diz respeito ao

investimento na qualidade. A apreciação global caracteriza o estilo de liderança num MUITO BOM (1,05).

4.3.7.4. Satisfação profissional

As respostas ao ISP demonstram um alpha de Cronbach abaixo do considerado admissível porém, tal como supracitado no preâmbulo ao capítulo só serão excluídos os que mostrarem uma consistência interna negativa.

Contrariamente o evidenciado em equipas de enfermagem anteriores, é atribuída à remuneração o principal papel na determinação da satisfação profissional.

Ainda que a componente com maior impacto para a satisfação profissional não seja passível de reestruturação por parte da enfermeira chefe, o índice de satisfação profissional global é moderado (9,82).

4.3.8. Enfermeira Chefe H

4.3.8.1. Caracterização sócio-demográfica

Relativamente à equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira H, responderam ao inquérito 7 enfermeiros, o que equivale a 70% dos enfermeiros generalistas deste serviço, todos são do sexo feminino e 57,1% têm menos de 28 anos, inclusivamente.

No que respeita ao estado civil, 51,4% são casados ou vivem em união de facto. Quanto à categoria profissional 71,4% são enfermeiras, e em relação ao tipo de vínculo 71,4% detêm um Contrato Individual de Trabalho.

A média de tempo de serviço é de 7 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 17 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é de 6 anos, no qual 71,4% dos enfermeiros trabalham à menos de 5 anos com a Enfermeira Chefe H, inclusive.

4.3.8.2. Comportamentos de insatisfação

Dissecando as questões relativas aos comportamentos de insatisfação, verifica-se que nenhum dos participantes mudou de serviço recentemente, nem possui *part-time* ou se encontra à procura de outro local de trabalho.

A totalidade dos enfermeiros tem à vontade para debater com seu superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, por outro lado 28,6% dos mesmos não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo chefe, sendo incapazes de a defender perante terceiros. O percentual de enfermeiros que procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais) é de 14,3%.

4.3.8.3. Liderança

Nos resultados face à supervisão dos serviços sob chefia da enfermeira chefe H a média das escolhas é de 1,69 (BOM).

4.3.8.4. Satisfação profissional

A consistência interna das respostas obtidas no ISP é considerada razoável (0,772) conforme o preconizado.

Considerando a ponderação atribuída por cada enfermeiro na análise pareada das componentes, comprovamos que a interacção e a autonomia têm maior impacto na satisfação profissional dos mesmos. Por contrapartida os requisitos do trabalho pouco influem esse estado de satisfação. Para esta equipa de enfermagem o índice de satisfação profissional é de 10,29, satisfação moderada.

4.3.9. Enfermeira Chefe I

4.3.9.1. Caracterização sócio-demográfica

A enfermeira Chefe I totaliza na sua equipa 6 de enfermeiros, sendo que 5 responderam ao inquérito, um percentual de 83,3 da equipa. De entre a amostra 80 % são do sexo feminino.

Ao nível da caracterização segundo idades, 80% da amostra têm entre 31 e 39 anos, inclusivos.

Relativamente ao estado civil, 60% são casados ou vivem em união de facto. No que respeita à categoria profissional todos os enfermeiros são graduadas, e todos os

enfermeiros detêm o vínculo profissional correspondente ao antigo Quadro da Função Pública, isto é, são Nomeados.

Alusivamente ao tempo de serviço, a média é de 10,80 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 14 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é de 5,80 anos, 60% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe I há menos de 5 anos inclusive.

4.3.9.2. Comportamentos de insatisfação

Nas perguntas direccionadas para os comportamentos de insatisfação, nenhum dos enfermeiros mudou de serviço recentemente, ou se encontra à procura de outro local de trabalho, nem mesmo possuem um *part-time*. A amostragem na sua totalidade verbaliza à vontade para debater com seu superior aspectos de injustiça laboral percebida, acredita na metodologia de trabalho implementada e não procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades.

4.3.9.3. Liderança

De entre as enfermeiras chefes, a Enfermeira Chefe I é a que teve uma percepção da sua chefia aproximada do excelente, com 0,74 (MUITO BOM).

4.3.9.4. Satisfação profissional

Um alpha de Cronbach de 0,452 denota uma muito baixa consistência interna, relativamente às opções evidenciadas na Parte B do índice de satisfação profissional.

Contrariamente ao evidenciado nas equipas anteriores, a autonomia assume a menor ponderação no que concerne à determinação da satisfação profissional, e a remuneração e o status profissional têm as maiores ponderações.

A presente equipa demonstra um índice de satisfação profissional de 11,08, boa satisfação profissional.

4.3.10. Enfermeira Chefe J

4.3.10.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Relativamente à equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira J, responderam ao inquérito 11 enfermeiros, o que equivale a 68,75% da população em análise neste serviço, sendo a sua totalidade do sexo feminino e 81,8% têm mais de 33 anos, inclusivamente.

No que respeita ao estado civil, 81,8% são casados ou vivem em união de facto. Quanto à categoria profissional 81,8% são enfermeiras graduadas, e em relação ao tipo de vínculo 72,7% das enfermeiras são nomeadas.

Face ao tempo de serviço, a média é de 14,73 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 25 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é de 8 anos, e no qual 54,5% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe J há menos de 7 anos inclusive.

4.3.10.2. *Comportamentos de insatisfação*

Decompondo as questões que procuram demonstrar comportamentos de insatisfação, verifica-se que 18,2% mudou de serviço recentemente e 18,2% possui um *part-time*. De entre a amostragem 27,2% não têm à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, porém todos os profissionais acreditam na metodologia de trabalho implementada pela chefe, talvez por isso nenhum procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.10.3. *Liderança*

A enfermeira chefe J parece desenvolver nos seus funcionários concordância quanto à caracterização dos 11 itens, estando a média global no 1,07 (MUITO BOM).

4.3.10.4. *Satisfação profissional*

O alpha de Cronbach das respostas evidencia uma fraca consistência interna (0,630).

Para a equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira J a autonomia e a remuneração são as componentes com maior impacto na determinação da sua satisfação profissional,

enquanto que às normas organizacionais foi atribuída a menor ponderação. Quanto à satisfação total da presente equipa, este é de 10,43 (satisfação moderada).

4.3.11. Enfermeira Chefe K

4.3.11.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Nos Centros de Saúde sobre chefia da enfermeira Chefe K contam-se 9 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 77,78%. De entre a amostra todos são do sexo feminino.

Ao nível da caracterização segundo idade, 71,4% da amostra têm mais de 34anos, inclusive, sendo que a média de idade é de 35,86.

No que respeita ao estado civil 71,4% são casados ou vivem em união de facto. De entre os inqueridos 71,4% são enfermeiros graduados.

A média de tempo de serviço é de 13,43 anos, e de serviço sob chefia da enfermeira chefe K é de 9,29%. O percentual de enfermeiros sob chefia da enfermeira chefe K há menos de 8 anos, inclusive, é de 57,1.

4.3.11.2. *Comportamentos de insatisfação*

Nenhum dos elementos mudou de serviço recentemente, nem se encontra à procura de outro local de trabalho. Igualmente, nenhum possui *part-time*. Na amostra 14,3% não sente à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida. Por outro lado, 42,9% não acredita na metodologia de trabalho implementada.

Na amostragem 14,3% procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.11.3. *Liderança*

Os enfermeiros generalistas a exercerem funções nos serviços sob chefia da enfermeira chefe K apresentam uma perspectiva mais crítica relativamente aos itens de caracterização da liderança. A média total é de 2,01 (BOM).

4.3.11.4. Satisfação profissional

O cálculo do alpha de Cronbach relativamente as respostas obtidas nos serviços sob chefia da enfermagem K quanto ao índice de satisfação profissional, inviabiliza o seu uso (-0,387). A análise final das respostas obtidas neste instrumento conclui uma satisfação moderada baixa (9,75).

4.3.12. Enfermeira Chefe L

4.3.12.1. Caracterização sócio-demográfica

A equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira L é composta por 5 enfermeiros, correspondendo a amostra a 80%. De entre os participantes todos são do sexo feminino e 50% têm mais de 37 anos, inclusivamente

Relativamente ao estado civil, 75% são solteiros. No que respeita à categoria profissional existe igualdade percentual de enfermeiras e enfermeiras graduadas. Já em relação ao tipo de vínculo 75% detêm um Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública.

Face ao tempo de serviço, a média é de 12 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 33 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é 10,25 anos, no qual 75% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe L há menos de 4 anos inclusive.

4.3.12.2. Comportamentos de insatisfação

Relativamente aos comportamentos de insatisfação, verifica-se que 25% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, não sendo capazes de a defender perante terceiros.

4.3.12.3. Liderança

Na caracterização dos 11 itens referentes à percepção dos enfermeiros generalistas face à sua superiora hierárquica parece existir discrepâncias face ao item liberdade e circulação da informação. A caracterização global assenta num BOM (2).

4.3.12.4. *Satisfação profissional*

A consistência interna das respostas dos enfermeiros sob liderança da enfermeira L é das mais baixas identificadas, ainda assim positiva (0,132).

É atribuída pelos enfermeiros em análise neste capítulo maior significância à componente autonomia, no que diz respeito à satisfação profissional. Por outro lado encontramos a interação como a componente com menor importância. A satisfação global é de 9,64 (moderada baixa).

4.3.13. Enfermeira Chefe M

4.3.13.1. *Caracterização sócio-demográfica*

A Enfermeira Chefe M tem na sua equipa 11 enfermeiros generalistas, sendo que 8 responderam ao inquérito, correspondendo a amostra a um percentual de 72,7. De entre os inqueridos, 87,5% são do sexo feminino e 62,5% têm menos de 27 anos, o que representa uma equipa relativamente jovem.

Relativamente ao estado civil, 62,50 % são solteiros. No que respeita à categoria profissional 75% são enfermeiros, e quanto ao tipo de vínculo esse mesmo percentual corresponde aos enfermeiros com Contrato Individual de Trabalho.

Face ao tempo de serviço, a média é de 5,25 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 15 anos de serviço. Ainda face a este indicador 75% dos enfermeiros exercem funções à menos de 4 anos, inclusive. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento a média é de 4 anos, dos quais 87,5% com menos de 5 anos de serviço inclusivamente.

4.3.13.2. *Comportamentos de insatisfação*

Comentando as questões que procuraram demonstrar um dos comportamentos de insatisfação, como sejam saída, voz, lealdade e negligência, comprova-se que 12,5% mudou de serviço recentemente, da mesma forma que nenhum possui *part-time*. De entre a equipa que participou no estudo 62,5% não tem à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, e 50% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, não sendo capazes de a defender perante terceiros.

4.3.13.3. *Liderança*

Os enfermeiros caracterizam a supervisão, nomeadamente a enfermeira chefe, num 2,64 (REGULAR).

4.3.13.4. *Satisfação profissional*

Um alpha de Cronbach de 0,633 denota uma fraca consistência interna nas respostas obtidas no ISP.

Considerando a ponderação atribuída por cada enfermeiro na análise pareada das componentes, comprovamos que a autonomia e a remuneração têm maior impacto na satisfação profissional, e que as normas organizacionais têm a menor significância. Uma vez mais, a satisfação evidenciada aproxima-se do nível médio da escala de satisfação, com 9,99.

4.3.14. Enfermeira Chefe N

4.3.14.1. *Caracterização sócio-demográfica*

Nos Centros de Saúde sobre chefia da enfermeira Chefe N contam-se 10 enfermeiros, tendo respondido ao inquérito 9 enfermeiros, 90% da população. De entre a amostra todos são do sexo feminino.

Ao nível da caracterização segundo idade, 55,6% da amostra têm menos de 29anos, inclusive, sendo que a média de idade é de 29,67.

No que respeita ao estado civil 66,7% são solteiras. De entre os inqueridos e no que se refere à categoria profissional, 55,6% são enfermeiros, e em que 44,4% detêm Contrato Individual de trabalho.

A média de tempo de serviço é de 6,33 anos, e de serviço sob chefia da enfermeira chefe N é de 5 anos. O percentual de enfermeiros sob chefia da enfermeira chefe K há menos de 5 anos, inclusive, é de 77,8.

4.3.14.2. *Comportamentos de insatisfação*

Nenhum dos elementos mudou de serviço recentemente, nem se encontra à procura de outro local de trabalho. Por outro lado 11,1% possui *part-time*. Na amostra 44,4% não

sente à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, e 11,1% não acredita na metodologia de trabalho implementada.

Dos participantes no estudo 44,4% procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.14.3. Liderança

Nos dados apresentados pelos participantes face aos onze itens de avaliação da chefia, identificam-se divergências face à circulação de informação e ao investimento na qualidade. A média das considerações é de 2.03 (BOM).

4.3.14.4. Satisfação profissional

O alpha de Cronbach evidencia uma boa consistência interna (0,854).

A Interação foi a componente considerada como a mais influente na satisfação profissional e as normas organizacionais a que menos influí esse estado.

De entre os limites possíveis para a determinação do índice de satisfação profissional, a equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira N patenteia uma satisfação moderada baixa (9,66).

4.3.15. Enfermeira Chefe O

4.3.15.1. Caracterização sócio-demográfica

Relativamente à equipa de enfermagem sob chefia da Enfermeira O, responderam ao inquérito 13 enfermeiros, o equivalente a 81,25% da equipa, sendo que 92,3% do sexo feminino e 76,9% têm mais de 34 anos, inclusivamente.

No que respeita ao estado civil, 53,8% são casados ou vivem em união de facto. Quanto à categoria profissional 76,9% são enfermeiras graduadas, e em relação ao tipo de vínculo 53,8% dos enfermeiros são nomeados.

Face ao tempo de serviço, a média é de 14,08 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 34 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é de 8,31 anos, e no qual 61,5% dos enfermeiros estão nos Centros de Saúde sob chefia da Enfermeira Chefe O há menos de 10 anos inclusive.

4.3.15.2. Comportamentos de insatisfação

Considerando as questões 9, 10, 11, 12 e 13, relativas aos comportamentos de insatisfação, verifica-se que 15,4% mudou de serviço recentemente, e somente 7,7% não têm à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, porém todos os profissionais acreditam na metodologia de trabalho implementada pela chefe. Em contrapartida 15,4% procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais).

4.3.15.3. Liderança

Os enfermeiros generalistas a exercerem funções nos serviços sob chefia da enfermeira chefe O incidiram a sua percepção entre Muito Bom (1) e Regular (3) em qualquer item, e em que a média total é de 1,57 (BOM).

4.3.15.4. Satisfação profissional

Um alpha de Cronbach de 0,325 denota uma consistência interna muito baixa. Analisadas as escolhas dos enfermeiros acerca das componentes que têm maior ponderação na determinação da satisfação profissional, verificamos que, uma vez mais, a autonomia é a mais referenciada. Desta feita a remuneração é a menos importante. A satisfação profissional resultante das respostas obtidas é de 9,51 (moderada baixa).

4.3.16. Enfermeira Chefe P

4.3.16.1. Caracterização sócio-demográfica

A Enfermeira Chefe P tem na sua equipa 10 enfermeiros generalistas, sendo que 7 responderam ao inquérito, correspondendo a amostra a um percentual de 70. De entre os inqueridos, 71,40% são do sexo feminino e 71,40% têm menos de 26 anos, o que representa uma equipa relativamente jovem.

Relativamente ao estado civil, 57,10 % são solteiros. No que respeita à categoria profissional 85,70% são enfermeiros, e quanto ao tipo de vínculo esse mesmo percentual corresponde aos enfermeiros com Contrato Individual de Trabalho.

Face ao tempo de serviço, a média é de 3,14 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 10 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, todos os enfermeiros inqueridos iniciaram e mantiveram suas funções nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe P, razão pela qual, em resposta à pergunta: Mudou de serviço recentemente, 100% responderam não.

4.3.16.2. Comportamentos de insatisfação

Escrutinando as questões que procuraram demonstrar um dos comportamentos de insatisfação descritos por Hirschman (1973) e mais recentemente Turnley & Feldman (1999), comprova-se que 14,30% encontram-se à procura de outro local de trabalho, que 57,10% têm à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral percebida, que 71,40% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico, não sendo capazes de a defender perante terceiros e que 14,30% procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades, incluindo pausas e assuntos pessoais.

4.3.16.3. Liderança

Nos serviços sob chefia da enfermeira P, a percepção dos enfermeiros generalistas face aos onze itens de caracterização da chefia está para além do habitual entre os serviços já analisados. As opções variaram entre, maioritariamente, 2 (Bom) e 4 (Mau), equivalendo a uma média total de 2,85 (REGULAR).

4.3.16.4. Satisfação profissional

A consistência interna das respostas dos enfermeiros sob liderança da enfermeira P ao índice de satisfação profissional é de 0,638, uma consistência fraca.

A satisfação profissional dos enfermeiros sob chefia da enfermeira P é atribuída, maioritariamente, às normas organizacionais e à autonomia. A remuneração por sua vez parece ter pouco impacto.

Esta equipa de enfermagem é a que evidencia um índice de satisfação profissional mais baixo de entre as 17 equipas, com 8,88.

4.3.17. Enfermeira Chefe Q

4.3.17.1. *Caracterização sócio-demográfica*

A enfermeira Chefe Q totaliza na sua equipa 10 enfermeiros, sendo que somente 3 responderam ao inquérito, um percentual de 30 da população. De entre a amostra 100 % são do sexo feminino. Ao nível da caracterização segundo idades, 100% da amostra têm mais de 31 anos, inclusivos.

Relativamente ao estado civil todas as enfermeiras são casadas ou vivem em união de facto, sendo de igual modo todas enfermeiras são graduadas. O vínculo profissional da amostra correspondente ao antigo Quadro da Função Pública, isto é, são Nomeadas.

Alusivamente ao tempo de serviço, a média é de 13,67 anos, sendo que o enfermeiro com mais antiguidade tem 20 anos de serviço. Em relação ao tempo em que exerce funções no estabelecimento, a média é de 4 anos, 100% das enfermeiros estão nos Centros de Saúdes sob chefia da Enfermeira Chefe Q há menos de 9 anos inclusive.

4.3.17.2. *Comportamentos de insatisfação*

Analisando as questões referentes aos comportamentos de insatisfação, 33,3% mudou de serviço recentemente, ou se encontra à procura de outro local de trabalho, e nenhuma das enfermeiras possui *part-time*.

Da amostragem 33,3% não tem à vontade para debater com seu superior aspectos de injustiça laboral percebida, nem acredita na metodologia de trabalho implementada. Igual percentual procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades.

4.3.17.3. *Liderança*

Face à percepção dos onze itens de caracterização da chefia, existem muitas discrepâncias, sendo que apenas o item abertura parece gerar alguma unanimidade, isto porque é o único item com desvio padrão inferior a 1 (0,577). Porém, a média das considerações patenteia-se num 1,60, uma avaliação MUITO BOA. Todavia de considerar que apenas 30% participaram no estudo.

4.3.17.4. *Satisfação profissional*

A consistência interna calculada através do alpha de Cronbach (-2,241) inviabiliza o seu uso. De salguardar que a amostra é somente de 3 elementos sendo que facilmente se compreende a falta de consistência. Apesar de não consistente nem representativo, o índice de satisfação profissional identificado é de 9,60 (moderada baixa).

4.4. **Liderança e caracterização sócio-demográfica**

Procurando estabelecer paralelo entre dois dos instrumentos utilizados (perguntas iniciais referentes à caracterização sócio-demográfica e comportamentos de insatisfação, com instrumento de avaliação da chefia) recorreu-se à correlação de Pearson e ao Qui-Quadrado. De considerar que, as correlações negativas identificadas representam uma correlação inversamente proporcional, isto é, à medida que uma variável aumenta a outra desce. Na análise a estas correlações há que se ponderar que a escala dos itens referentes à supervisão se encontra em sentido inverso, isto é, o 0 corresponde ao Excelente e o 5 ao Mau, conforme anteriormente descrito.

De entre as correlações distinguiu-se, relativamente à equipa sob chefia da enfermeira D (conforme tabela 1) que quanto maior a categoria profissional menor é avaliação face ao item atitude positiva ($r = 0,857$, $p > 0,05$). Do mesmo modo quanto maior o tempo de serviço no presente estabelecimento maior a depreciação face aos itens inovação e conhecimento ($r = 0,895$ e $0,884$, $p > 0,05$, respectivamente). Também enfermeiros com mais tempo de serviço apresentam uma apreciação mais penalizadora da chefia face aos itens atitude positiva, expectativas e conhecimentos ($r = 0,826$, $0,812$ e $0,856$, $p > 0,05$, respectivamente).

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,073	-,158	-,056	,484
Razoabilidade	,284	,000	,216	,493
Inovação	,375	,463	,552	,895*
Liberdade	,792	,707	,781	,570
Atitude positiva	,695	,857*	,826*	,608
Atitude construtiva	,161	,463	,389	,522
Investimento na qualidade	,405	,500	,442	,282
Apoio	,000	,000	,169	,803
Expectativas	,804	,612	,812*	,592
Conhecimento	,735	,686	,856*	,884*
Circulação da informação	,284	,000	,216	,493

Tabela 1 – Enfermeira Chefe D – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$)

Face à equipa sob chefia da enfermeira E verificaram-se correlações negativas, nomeadamente no que se refere à idade e à categoria profissional. Quanto maior a idade dos enfermeiros deste equipa, mais a apreciação face à atitude positiva se aproxima do excelente ($r = -0,760$, $p > 0,05$). Há medida que os enfermeiros progridem na carreira melhor a percepção face aos itens abertura e conhecimento ($r = -0,906$, para ambos, $p > 0,01$); bem como face aos itens atitude positiva ($r = -0,801$, $p > 0,05$) e circulação da informação ($r = -0,766$, $p > 0,05$).

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,611	-,906**	-,539	,019
Razoabilidade	-,133	-,730	-,263	,335
Inovação	-,344	-,510	-,326	,283
Liberdade	-,154	-,548	-,165	,304
Atitude positiva	-,760*	-,801*	-,730	-,334
Atitude construtiva	-,133	-,411	-,049	,228
Investimento na qualidade	-,192	-,533	-,019	,047
Apoio	-,611	-,510	-,273	-,113
Expectativas	-,342	-,458	-,168	,222
Conhecimento	-,611	-,906**	-,539	,019
Circulação da informação	-,331	-,766*	-,466	,334

Tabela 2 – Enfermeira Chefe E – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$; ** considerando-se um nível de significância $p > 0,01$)

Também a equipa a exercer funções nos serviços liderados pela enfermeira H evidenciaram correlações negativas, face à idade e categoria profissional, conforme tabela 3. A percepção face à supervisão, nomeadamente no que se refere aos itens razoabilidade e atitude positiva parece estar condicionadas pela idade dos enfermeiros ($r = -0,758$ e $-0,773$, respectivamente, $p > 0,05$). A percepção face à atitude positiva evidencia igualmente uma correlação alta com a categoria profissional ($r = -0,767$, $p > 0,05$).

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,722	-,645	-,592	-,489
Razoabilidade	-,758*	-,488	-,497	-,479
Inovação	-,376	-,592	-,473	-,373
Liberdade	-,062	,258	,296	,366
Atitude positiva	-,773*	-,767*	-,664	-,580
Atitude construtiva	-,133	,091	,232	,288
Investimento na qualidade	-,472	-,271	-,166	-,137
Apoio	-,455	-,258	-,131	-,041
Expectativas	,118	,372	,474	,548
Conhecimento	-,679	-,354	-,360	-,312
Circulação da informação	-,661	-,548	-,511	-,518

Tabela 3 - Enfermeira Chefe H – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (considerando-se um nível de significância $p > 0,05$)

Altas correlações foram igualmente identificadas na equipa sob chefia da enfermeira I. A maioria dos itens, com excepção da liberdade e expectativas, tem uma apreciação aproximada ao excelente, quanto maior o tempo dos enfermeiros sob chefia desta enfermeira.

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,428	. ^a	,320	-,938*
Razoabilidade	-,248	. ^a	,105	-,883*
Inovação	-,248	. ^a	,105	-,883*
Liberdade	-,090	. ^a	,439	-,803
Atitude positiva	-,248	. ^a	,105	-,883*
Atitude construtiva	-,248	. ^a	,105	-,883*
Investimento na qualidade	-,248	. ^a	,105	-,883*
Apoio	-,248	. ^a	,105	-,883*
Expectativas	-,147	. ^a	,000	-,786
Conhecimento	-,248	. ^a	,105	-,883*
Circulação da informação	-,428	. ^a	,320	-,938*

Tabela 4 - Enfermeira Chefe I – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (considerando-se um nível de significância $p > 0,05$; ^a variável de valor constante)

A enfermeira chefe J vê a apreciação sobre a sua chefia influenciada pela idade e pela categoria profissional, designadamente no que se refere aos itens atitude construtiva, investimento na qualidade e expectativas. Enfermeiros com mais idade e com uma categoria profissional mais alta são mais críticos na avaliação sobre a supervisão.

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	,261	,351	,199	-,404
Razoabilidade	,473	,417	,299	-,261
Inovação	,360	,505	,147	-,147
Liberdade	,446	,571	,377	-,178
Atitude positiva	,473	,417	,299	-,261
Atitude construtiva	,607*	,638*	,436	-,079
Investimento na qualidade	,325	,642*	,120	,000
Apoio	,257	,449	,206	-,325
Expectativas	,615*	,642*	,539	-,131
Conhecimento	,130	,149	-,003	-,472
Circulação da informação	,289	,556	,254	-,094

Tabela 5 - Enfermeira Chefe J – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$)

Novas correlações negativas são evidenciadas pela análise aos resultados das equipas sob chefia das enfermeiras chefes L e M (tabelas 6 e 7, respectivamente).

No primeiro caso a percepção face ao item razoabilidade aproxima-se do excelente quanto maior a idade dos enfermeiros ($r = -0,988$, $p > 0,0$).

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,554	-,577	-,466	-,405
Razoabilidade	-,988*	-,905	-,949	-,875
Inovação	-,046	-,577	,140	,318
Liberdade	-,283	-,707	-,143	,027
Atitude positiva	-,046	-,577	,140	,318
Atitude construtiva	,320	,000	,444	,512
Investimento na qualidade	-,046	-,577	,140	,318
Apoio	,169	-,302	,341	,475
Expectativas	,320	,000	,444	,512
Conhecimento	,415	,577	,373	,274
Circulação da informação	-,554	-,577	-,466	-,405

Tabela 6 - Enfermeira Chefe L – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$)

Já no que se refere à equipa sob liderança da chefe M a idade, a categoria profissional e o tempo de serviço parecem influir a percepção face aos itens razoabilidade, atitude construtiva e apoio.

	Idade	Categoria profissional	Tempo de serviço	Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento
Abertura	-,513	-,516	-,546	-,307
Razoabilidade	-,810*	-,844**	-,806*	-,652
Inovação	-,611	-,681	-,649	-,360
Liberdade	-,636	-,655	-,672	-,384
Atitude positiva	-,604	-,701	-,610	-,452
Atitude construtiva	-,689	-,775*	-,727*	-,409
Investimento na qualidade	-,519	-,612	-,593	-,216
Apoio	-,697	-,712*	-,738*	-,347
Expectativas	-,435	-,447	-,459	-,197
Conhecimento	-,636	-,655	-,672	-,384
Circulação da informação	-,545	-,602	-,583	-,159

Tabela 7 - Enfermeira Chefe M – Correlação de Pearson entre caracterização sócio-demográfica e liderança (* considerando-se um nível de significância $p > 0,05$; ** considerando-se um nível de significância $p > 0,01$)

Generalizadamente evidenciou-se que a percepção dos enfermeiros face aos itens em apreciação no instrumento referente à avaliação da chefia, é influenciada pela idade, categoria profissional e tempo de serviço, independentemente de as correlações serem positivas ou negativas. Enfermeiros com mais idade, mais experientes e de categoria profissional mais alta são mais consistentes na apreciação do seu superior hierárquico mais próximo.

Para a análise das relações entre a percepção face à supervisão e caracterização sócio-demográfica (nomeadamente: género, estado civil e tipo de vínculo), recorreu-se ao Qui-Quadrado. Este instrumento foi utilizado pois permite a associação entre variáveis independentes e cujas observações são discretas, demonstrando se a distribuição das frequências observadas se desvia significativamente das frequências esperadas. Partiu-se de um conjunto de hipóteses nulas, que foram rejeitadas sempre que Pearson Chi-Square < 0,05. Essas hipóteses nulas correspondem à relação entre as colunas conforme evidenciado pela tabela 8, por exemplo: H₀: a apreciação face ao item abertura é independente do género, ou H₀: a apreciação face ao item abertura é independente do estado civil; e assim sucessivamente.

	Género	Estado Civil	Tipo de Vínculo
Abertura	0,955	0,394	0,331
Razoabilidade	0,522	0,027	0,139
Inovação	0,921	0,009	0,120
Liberdade	0,714	0,172	0,287
Atitude positiva	0,471	0,119	0,004
Atitude construtiva	0,370	0,140	0,019
Investimento na qualidade	0,843	0,403	0,024
Apoio	0,877	0,092	0,047
Expectativas	0,786	0,388	0,096
Conhecimento	0,879	0,574	0,072
Circulação da informação	0,744	0,586	0,694

Tabela 8 – Qui-Quadrado para análise dos itens referentes à supervisão e caracterização sócio-demográfica (género, estado civil e tipo de vínculo), para Pearson Chi-Square <0,05.

Pela análise à tabela 8 rejeitaram-se as hipóteses:

- H₀: apreciação face ao item razoabilidade e o estado civil são independentes;
- H₀: apreciação face ao item inovação e o estado civil são independentes;

- H_0 : apreciação face ao item atitude positiva e o tipo de vínculo são independentes;
- H_0 : apreciação face ao item atitude construtiva e o tipo de vínculo são independentes;
- H_0 : apreciação face ao item investimento na qualidade e o tipo de vínculo são independentes;
- H_0 : apreciação face ao item apoio e o tipo de vínculo são independentes;

De acordo com esta análise consideram-se, neste estudo, que os enfermeiros casados têm uma melhor percepção face aos itens razoabilidade, inovação e apoio ($r=0,027$; $r=0,009$; $r=0,092$, $p < 0,05$), isto é, uma percepção mais próxima do 0 e do 1 (Excelente e Muito Bom). Enfermeiros Nomeados têm, igualmente, melhor apreciação face aos itens atitude positiva ($r=0,004$, $p < 0,05$), atitude construtiva ($r=0,019$, $p < 0,05$), investimento na qualidade ($r=0,024$, $p < 0,05$) e apoio ($r=0,047$, $p < 0,05$).

4.5. Liderança e comportamentos de insatisfação

O instrumento que pondera a apreciação face à supervisão contempla itens que, quando não correspondem às expectativas dos liderados, podem impelir a manifestação de comportamentos de insatisfação. Para o estabelecimento de possíveis relações entre estes dois instrumentos recorreu-se uma vez mais ao Qui-Quadrado, uma vez mais porque possibilita a associação entre variáveis independentes e cujas observações são discretas. Como tal partiu-se de 66 hipóteses nulas, rejeitando apenas as estatisticamente significativas (Pearson Chi-Square $< 0,05$), destacando-se 25 dessas hipóteses, conforme tabela 9.

	Mudou de serviço recentemente	Actualmente, encontro-me à procura de outro local de trabalho	Possuo um part-time	Tenho à vontade para debater aspectos de injustiça laboral	Acredito na metodologia de trabalho implementada	Procuo passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia
Abertura	0,113	0,140	0,483	0,073	0	0,112
Razoabilidade	0,374	0,002	0,353	0,226	0	0,671
Inovação	0,529	0,411	0,008	0,002	0,001	0,124
Liberdade	0,472	0	0,098	0,008	0	0,527
Atitude positiva	0,771	0,283	0,133	0,017	0	0,888
Atitude construtiva	0,266	0,196	0,323	0,005	0	0,811
Investimento na qualidade	0,562	0	0,558	0,004	0	0,073
Apoio	0,620	0	0,527	0,002	0	0,328
Expectativas	0,503	0,225	0,192	0,063	0	0,639
Conhecimento	0,002	0	0,338	0,118	0	0,192
Circulação da informação	0,028	0	0,250	0,466	0	0,729

Tabela 9 - Qui-Quadrado para análise dos itens referentes à supervisão e comportamento de insatisfação, para Pearson Chi-Square <0,05.

Através dos resultados verificou-se que uma percepção próxima do Excelente e do Muito Bom, face a todos os itens da escala, é dependente da referência ao acreditar na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico ($r=0$ e $r=0,001$, $p < 0,05$). Contrariamente, os enfermeiros que referem não acreditar na metodologia de trabalho têm uma apreciação exclusivamente próxima do Regular e do Mau, ante os mesmos itens.

O posicionamento perante o item razoabilidade, liberdade, investimento na qualidade, apoio, conhecimento e circulação da informação é dependente do facto de os enfermeiros se encontrarem à procura de outro local de trabalho ($r=0$ e $r=0,002$, $p < 0,05$). Todos os enfermeiros que afirmam se encontrarem à procura de outro local de trabalho têm uma percepção negativa face estes itens (posicionamento no Mau).

A percepção face ao item inovação é dependente do facto de os enfermeiros possuírem, ou não, um *part-time* ($r=0,008$, $p < 0,05$). Enfermeiros com múltiplo local de trabalho têm uma percepção relativa à inovação mais próxima do Excelente, enquanto que os que não a possuem posicionam-se no Bom e no Regular.

Os itens inovação, liberdade, atitude positiva, atitude construtiva, investimento na qualidade e apoio são dependentes do ter à vontade para debater, com o superior

hierárquico, aspectos de injustiça laboral percebida, sendo que, os enfermeiros que referem ter esse à vontade ($0,002 < r < 0,008$, $p < 0,05$), caracterizam esses itens entre o Excelente e o Bom, por outro lado, os que não se sentem à vontade para o fazer enquadram-se maioritariamente entre o Regular e o Mau.

Concisamente patenteou-se que as apreciações evidenciadas ante a chefia são coincidentes com a manifestação de comportamentos de insatisfação, nomeadamente face ao comportamento saída. Enfermeiros com vontade em abandonar o serviço têm apreciações mais penalizadoras. Por outro lado, o acreditar na metodologia de trabalho implementada e o ter à vontade para debater aspectos de injustiça laboral (lealdade e voz, respectivamente) influencia as percepções face à supervisão. Os que acreditam na metodologia de trabalho e os que têm à vontade para debater aspectos de injustiça laboral têm apreciações mais próximas do Bom e do Excelente.

4.6. Liderança e desempenho profissional

Atendendo aos resultados obtidos nos instrumentos de colheita de dados, elaborou-se uma tabela na qual se procurou identificar correlações entre a percepção dos enfermeiros face à liderança dos seus chefes, a satisfação profissional identificada e indicadores de produção (tabela 10).

Para a coluna da avaliação da chefia foi considerada a média ponderada das percepções dos enfermeiros, a coluna seguinte foi constituída pelo índice de satisfação profissional propriamente dito e a última coluna pelo somatório das consultas e tratamentos efectuados dentro e fora da instituição.

Enfermeira Chefe	Avaliação da chefia (média)	ISP	Indicador Produção
A	1,81	9,94	20193
B	1,24	10,01	16992
C	1,64	9,42	48346
D	1,74	10,16	13297
E	2,52	10,08	26122
F	1,29	9,54	42001
G	1,05	9,82	35168
H	1,69	10,29	32508
I	0,74	11,08	10126
J	1,07	10,43	38407
K	2,01	9,75	33091
L	2,00	9,64	20249
M	2,64	9,99	31127
N	2,03	9,66	33401
O	1,57	9,51	30561
P	2,85	8,88	22842
Q	1,60	9,60	37145

Tabela 10 – Distribuição das equipas segundo avaliação da chefia, satisfação profissional e indicador de produção

De acordo com a tabela 11, que se segue, identifica-se apenas uma correlação muito alta, ao nível de significância 0,05, entre a avaliação face à chefia e os indicadores de produção.

	Avaliação da chefia	ISP	Indicador de Produção
Avaliação da chefia	1	0,032	0,914
ISP	0,032	1	0,106
Indicador de Produção	0,914	0,106	1

Tabela 11 – Correlação de Pearson entre IASP, ISP e Indicadores de Produção (considerando-se o nível de significância $p > 0,05$)

Os dados representam que a percepção do comportamento da chefia face aos 11 itens que compõem o instrumento que avalia o estilo de liderança, influem o desempenho dos enfermeiros de cuidados gerais. Sendo que aos enfermeiros chefes a quem corresponde

maior apreciação global do seu comportamento seguem-se melhores indicadores de produtividade e aos de apreciação mais crítica menor produtividade.

5. DISCUSSÃO

5.1. Caracterização sócio-demográfica

Analisando os dados colhidos e, relativamente à caracterização sócio-demográfica verificou-se que a média de idades é de 34,75 anos e que 60,3% tem menos de 35 anos. Estes dados são consistentes com os resultados evidenciados pelos estudos de Andrade (2001) e André & Neves (2001), quando também analisaram a satisfação entre enfermeiros em Portugal, no qual a média de idades era de 33,34 anos.

A média de idades e o grande percentual de enfermeiros com menos de 35 anos patenteia a aposta dos últimos anos em aumentar o potencial humano na prestação de cuidados de saúde primários, enquanto primeira porta de acesso a serviços de saúde. De facto este investimento permite uma maior percepção dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade possibilitando intervir o mais precocemente em prol da saúde global. Não obstante, este reforço limita o tempo de internamento e consequentemente os gastos com a institucionalização de um doente, accionando-se o terceiro nível de prevenção, ou seja, a reabilitação e limitação das incapacidades, desta feita no domicílio.

De entre a amostra 91,3% são do sexo feminino, a diminuta percentagem correspondente ao género masculino evidencia a recente abertura da profissão de enfermagem a ambos os géneros. Todavia, conforme Figueira & Câmara (2003) evidenciaram no estudo relativo à satisfação dos enfermeiros de serviço de urgência, o número de enfermeiros do género masculino é de 47%, demonstrando que, o baixo percentual é ocultado pela preferência deste género pela prestação de serviços em meio hospitalar ou pré-hospitalar.

Na amostra 61,1% são casados ou vivem em união de facto. No que se refere à categoria profissional 61,9% são enfermeiros graduados, tal se concebe pela idade média da amostragem. O segundo nível de progressão da carreira de enfermagem efectiva-se após 6 anos de exercício profissional. Estes dados também são compreensíveis pelo congelamento das progressões em instituições de prestação de serviços públicos.

O vínculo profissional corresponde à relação jurídica estabelecida entre a instituição e o trabalhador para a sua prestação de serviços, e no qual acordam objectivos e condições de trabalho mútuas e que, de certa forma, podem também condicionar a manifestação de

comportamentos de insatisfação. Outrora o Estado abarcava todos os funcionários públicos no, dito Quadro da Função Pública, com contratos que abonavam seus trabalhadores. Com o aumento da oferta da mão-de-obra qualificada e a premente necessidade de se atender à redução de gastos, sem aviltar a garantia de qualidade na prestação de cuidados de saúde, procederam-se a contratos de trabalho que exigem do contratado outras atitudes, maiores responsabilidades e envolvimento, e ainda assim maior instabilidade. Dos enfermeiros inquiridos 37% é detentor de um Contrato Individual de Trabalho. Os dados não são representativos pois outros tipos de vínculos profissionais têm um percentual aproximado, como sejam Nomeados e Regime de Contrato de Trabalho da Função Pública, este percentual justifica-se ao considerarmos a idade média da população e em que os primeiros contratos individuais de trabalho datam de 2005.

A média de tempo de serviço é de 10,48 anos, no qual aproximadamente 44% exerce funções nos cuidados de saúde primários num período compreendido entre 10 e 20anos. Esta percentagem demonstra a necessidade de investimento efectuada ao nível dos cuidados de saúde primários. De acordo com Biscaia & colaboradores (2006), a Lei Orgânica do Ministério da Saúde poderá ter sido a alteração mais importante para os Cuidados de Saúde Primários, tendo levado ao desenvolvimento dos *“Centros de Saúde de 1ª Geração”*, efectivada entre os anos 1968 e 1973. Esta Lei tinha como valores o *“reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar”*. Também estes autores acrescem que a intervenção de saúde a este nível foi consolidada entre 1974 e 1984, período pós-guerra em África, no qual diversos profissionais foram obrigados pelo “Serviço Médico à Periferia” a sair dos centros urbanos, o que levou a uma melhoria da assistência nos centros de saúde.

59% dos enfermeiros exercem funções no presente estabelecimento, sendo a média de idade de 7,10 anos. Após o investimento de recursos humanos ao nível da saúde comunitária datada de 1990-1994, em 2001-2005 a OMS (Organização Mundial de Saúde) decretou que o número médio de enfermeiros por 1000 habitantes seria de 5,2, pelo que o reforço de profissionais a este nível de intervenção vem convir com o tempo a exercer funções no presente estabelecimento, nomeadamente cuidados de saúde primários.

Caracterizando-se os Cuidados de Saúde Primários como porta, preferencial, de acesso ao Serviço de Nacional de Saúde, e sendo os enfermeiros os profissionais de saúde que

mais lidam com os utentes/clientes, importa saber de que forma é que os estilos de liderança influem o desempenho profissional dos enfermeiros.

É neste âmbito que o presente trabalho propôs-se analisar em que medida estilos de liderança influem o desempenho profissional de enfermagem ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira (RAM).

5.2. Comportamento de insatisfação

Relativamente à mensuração de comportamento de insatisfação: saída, e em resposta à pergunta “Mudou de serviço recentemente” comprova-se que somente 7% o fez nos últimos 6 meses, quanto à questão “Actualmente, encontro-me à procura de outro local de trabalho”, somente 1% respondeu positivamente; estes dados demonstram que independentemente da avaliação face à chefia e quanto ao índice de satisfação, os enfermeiros demonstram baixa manifestação de comportamentos de saída. No estudo levado a cabo por Turnley & Feldman (1999) os autores concluíram que se os funcionários tiverem outras alternativas de trabalho, tendem a afastar-se e a manifestar menor dedicação e proveito. Atendendo às dificuldades económicas e ao número de pessoas qualificadas, as ofertas de emprego são limitadas e a necessidade de reconhecimento pessoal e profissional limita a manifestação de comportamentos de saída. Ainda face a essa afirmação, a colheita de dados concluiu que somente 8% possui *part-time*.

Por outro lado, o comportamento de voz contemplou 26% de respostas negativas, no que se refere à afirmação “Tenho à vontade para debater, com meu superior hierárquico, aspectos de injustiça laboral percebida”. Manifesta-se baixo à vontade dos enfermeiros para verbalizarem aspectos de injustiça laboral, o que pode indiciar duas possibilidades. Primeira: a instabilidade económico-financeira e os contratos de trabalhos precários limitam comportamento de voz, que podem facilmente ser percebidos como conduta imprópria; segunda, no que se refere à componente comunicação, a percepção dos enfermeiros face ao estilo de liderança do seu chefe pode indiciar uma comunicação unidireccional.

Quanto ao comportamento de lealdade, foi considerada a afirmação “Acredito na metodologia de trabalho implementada pelo meu superior hierárquico e sou capaz de a defender perante terceiros”, e os resultados demonstram que 20% dos enfermeiros não

acreditam na metodologia de trabalho praticada em seus serviços. A actuação de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários assenta na prevenção da doença, promoção da saúde e adaptação à incapacidade, estando as metodologias de cada serviço, dependente das estratégias implementadas pela chefia. Estas estratégias acabam por influir a concretização de indicadores de desempenho, tais como os de produção. Por último, e no que respeita ao comportamento de negligência, foi considerada a afirmação “Procuró passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das minhas actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais) ” comprovou 15% de respostas positivas.

5.3. Liderança

Outro propósito do estudo era demonstrar a perspectiva que os enfermeiros generalistas têm do seu superior hierárquico através da caracterização do estilo de liderança mais evidenciado pela enfermeira chefe. Analisar o estilo de liderança operacionalizado por um chefe parecia menos eficaz para a análise da satisfação da equipa de enfermagem se fosse respondida pelo enfermeiro-chefe, pois a satisfação no trabalho é condicionada pela noção de injustiça subjectiva e pelo contrato psicológico de cada indivíduo, e consequentemente, procedente da percepção do estilo de liderança.

A escala de avaliação relativa à supervisão não permite extrapolar infalivelmente o estilo de liderança, mas permite-nos considerar, no total, qual a avaliação dos enfermeiros face a itens de liderança em prática.

De uma forma global a avaliação das chefias varia entre o 1 e o 3 (aproximadamente), o que representa o Muito Bom e o Regular. Nos extremos das ponderações, podemos encontrar seis enfermeiros chefes no Muito Bom (B, F, G, I, J e Q) e três no Regular (E, M e P). Estes últimos são mais criticados relativamente à componente expectativas, investimento na qualidade, circulação da informação, atitude construtiva, razoabilidade e conhecimentos.

5.3.1. Liderança e caracterização sócio-demográfica

Os dados referentes às correlações de Pearson entre a avaliação das chefias e características sócio-demográficas (idade, categoria profissional, tempo de serviço e há

quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento), não são conclusivos, pois não foram evidenciados pela maioria das equipas, como demonstrado no capítulo 4.4.

Nos centros de saúde sob chefia das enfermeiras D, E e J, quanto mais velhos os enfermeiros, quanto maior a sua experiência e categoria profissional, e maior o tempo de serviço na presente instituição, mais penalizadores foram as apreciações ante a maioria dos itens da escala (abertura, inovação, conhecimento, atitude construtiva, atitude positiva, expectativas, circulação da informação e investimento na qualidade).

Por outro lado, os serviços de cuidados de saúde primários sob supervisão das enfermeiras H, I, L e M, evidenciam altas correlações, entre as mesmas características sócio-demográficas e a maioria dos itens da escala, significando que a percepção da supervisão dos seus chefes aproxima-se do excelente quanto mais velhos, mais experientes, com categoria mais alta e mais tempo de serviço na presente instituição os enfermeiros tiverem. Ainda assim, os dados referentes à apreciação face à supervisão não parecem reflexos das características sócio-demográficas.

Os restantes itens patentes na caracterização sócio-demográfica, como sejam o género, estado civil e o tipo de vínculo, foram analisados com recurso ao Qui-Quadrado, pois as variáveis a correlacionar são independentes, demonstrando que os enfermeiros casados têm uma melhor percepção face aos itens razoabilidade e inovação. Enfermeiros Nomeados têm, igualmente, melhor apreciação face aos itens atitude positiva, investimento na qualidade e apoio; e que enfermeiros com Contrato Individual de Trabalho são mais críticos face ao item atitude construtiva.

5.3.2. Liderança e comportamentos de insatisfação

O método estatístico Qui-Quadrado foi igualmente utilizado para analisar relações entre itens referentes à supervisão e comportamentos de insatisfação, verificando-se que a percepção face aos itens da supervisão próxima do excelente e muito bom é dependente do facto: acreditar na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico.

Verificou-se também que os enfermeiros que afirmam se encontrarem à procura de outro local de trabalho têm uma percepção negativa face aos itens razoabilidade, liberdade, investimento na qualidade, apoio, conhecimento e circulação da informação.

O possuir um *part-time* também influencia a percepção face à supervisão, os enfermeiros com múltiplo local de trabalho têm uma percepção relativa ao item

inovação mais próxima do Excelente, enquanto que os que não a possuem posicionam-se no Bom e no Regular. Igualmente, o ter à vontade para debater aspectos de injustiça laboral influi a percepção face aos itens, liberdade, atitude positiva, atitude construtiva, investimento na qualidade e apoio, situando-se a percepção dos enfermeiros próxima ao Excelente.

5.4. Satisfação profissional

No que se refere à análise à satisfação profissional verifica-se que na globalidade da amostra, os enfermeiros atribuem maior ponderação à componente Autonomia, do mesmo modo que os dados evidenciados por Margarete Lino (1999) na abordagem à “Satisfação Profissional entre Enfermeiras de UTI - Adaptação Transcultural do *Index Of Work Satisfaction (IWS)*”. Por outro lado, a componente que estes enfermeiros consideram menos importante para se sentirem profissionalmente satisfeitos, são as normas organizacionais, resultado também idêntico ao ocorrido no estudo já mencionado. Estes dados são contrários aos evidenciados pela análise à “Satisfação dos Profissionais de Enfermagem” desenvolvido por Ferreira (1996), no qual as relações pessoais, nomeadamente a interacção foi identificada como principal componente de satisfação profissional.

Para Seco & Graça (2002) deve-se conceder a oportunidade aos trabalhadores de participarem nas decisões relativas ao seu próprio trabalho, o que possibilita satisfazer necessidades de auto-realização e incrementa o sentimento de competência, isto é, dever-se-á permitir maior autonomia. Também Lucas (1984) refere que a autonomia é um requisito para a manutenção da satisfação do pessoal de enfermagem. Mas não somente, também a teoria das Necessidades de Maslow, a Teoria de McClelland e a Teoria dos Factores Motivadores e Higiénico de Herzberg, afirmam que a satisfação das necessidades de ordem superior, como sejam as necessidades de auto-realização e oportunidades de realização profissional, condicionam o bem-estar do profissional no seu local de trabalho, em detrimento das condições do trabalho, da remuneração e da interacção.

A necessidade de crescimento pessoal de cada profissional de saúde, exige de seu superior a adequação do estilo de chefia, que para Boavista (1998) assenta na delegação de decisões, pondo de parte a ideia de que um decide e outros executam. Esta autora

acrescenta que cada vez mais se exige do colaborador flexibilidade e respostas rápidas, apelando à responsabilização e criatividade.

Também Teixeira (2006) partilha da mesma opinião, referindo que à parte dos liderados verem satisfeitas suas necessidades de auto-realização, “as organizações de hoje necessitam de profissionais, para isso os funcionários necessitam de se sentir comprometidos, valorizados, ser criativos, inovadores, produtivos e competitivos, não terem medo de sugerir, de ousar e de mudar na busca dos melhores resultados, tendo o trabalho como fonte de prazer” (pág. 54). E mais, para este autor, quando se pretende mobilizar os enfermeiros e melhorar a qualidade dos cuidados prestados e da vida dos indivíduos da organização, a estratégia é chamar as pessoas a participar na organização. As diversas mudanças na nossa sociedade registaram alterações nos níveis de padrão de gestão das organizações, com progressiva diminuição dos níveis hierárquicos e numa maior ênfase sobre a responsabilidade de cada membro. Este declínio das relações sociais verticais e consequente aumento das relações horizontais direccionam a liderança para decisões e responsabilidades partilhadas (Seco & Graça, 2002).

Filho & Facirolli (2007) também defendem que “as organizações não podem mais ignorar a força representada pelas pessoas que a integram (...); [pelo que] deve compor-se de funcionários competentes, actualizados, ágeis e inovadores”, e em que as pessoas que detêm conhecimento tornam-se no centro do poder. Estes autores reforçam a ideia de que o indivíduo na busca de satisfazer as suas necessidades pessoais de realização, acaba por satisfazer as necessidades da comunidade.

Além da componente autonomia, houve divergências em algumas equipas, de certa forma singulares. A equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira G e I consideraram a Remuneração como a componente mais importante na avaliação da satisfação profissional. Para André & Neves (2001) tal se justifica pois o vencimento é encarado como um factor de satisfação parcial.

Segundo Seco & Graça (2002) a remuneração é uma das finalidades do trabalho, não se podendo desligar da satisfação profissional, e para além desta, consideram que outros factores extrínsecos, como por exemplo interacção e normas organizacionais também o influem negativamente. Por outro lado Newberry (2001) defende que, ainda que estes sejam satisfeitos [os factores extrínsecos] os profissionais poderão manifestar-se insatisfeitos face a falhas de satisfação de realização, de reconhecimento e de responsabilidade.

Ainda que com grande influência na consideração pela satisfação profissional Rodrigues (2000) refere que esta componente não é passível de alteração pelas diversas instituições, pois a sua reformulação depende das deliberações governamentais.

Curiosamente estas equipas de enfermagem são similares quanto à sua caracterização sócio-demográfica, sendo maioritariamente com idades superiores a 31 anos, graduados, com uma média de exercício profissional de 10 anos e de exercício sob chefia da mesma enfermeira de 5 anos. Já no que se refere aos indicadores de insatisfação a equipa sob chefia da enfermeira G demonstra menos à vontade para debater aspectos de injustiça laboral percebida, não acredita na metodologia de trabalho implementada e procura passar despercebida para usufruir de maior autonomia no planeamento das suas actividades. Os enfermeiros sob chefia da enfermeira I não manifestam comportamentos de insatisfação. Na apreciação das considerações sobre as chefias a média é de MUITO BOM (1,05 e 0,74 respectivamente), não sendo possível estabelecer paralelo entre as duas equipas e a razão pela qual escolheram a remuneração como principal componente. Para além da remuneração e de outras recompensas tangíveis, muitos indivíduos procuram, no trabalho, satisfazer suas necessidades de interacção e de aprovação social (Seco & Graça, 2002). Este sentido de pertença e de estruturação da identidade profissional, as relações com outros elementos do grupo permitem a partilha de atitudes e valores semelhantes, facilitando uma maior eficácia na concretização dos objectivos comuns. Consequentemente, a aceitação e valorização de cada um, o estabelecimento de laços com um grupo de pertença, a divisão de tarefas e o aumento do poder e influência poderá contribuir para o aumento da eficácia e da satisfação profissional (Seco & Graça, 2002). Talvez por isso mesmo, a interacção foi outra das componentes mais importantes para a satisfação profissional, nomeadamente das equipas das enfermeiras chefes H e N. Segundo Lucas (1984) a interacção é importante na abordagem à satisfação profissional, mais especificamente com a chefia. A satisfação aumenta quando os chefes estabelecem uma supervisão de suporte emocional. Sendo que os bons líderes deverão conceder a oportunidade ao seus trabalhadores de participarem em decisões relativas ao seu desempenho, satisfazendo suas necessidades de auto-realização e aumentando o sentimento de competência. Em Portugal os diversos estudos parecem comprovar tal facto, visto que maiores índices de satisfação profissional estão correlacionados com maiores referências de influência no processo de tomada de decisão e melhores relacionamentos interpessoais.

Para se aumentar a satisfação da equipa de saúde e garantir-se um desempenho harmonioso, torna-se necessário desenvolver um método de trabalho multidisciplinar, ou seja, melhores relações de interacção, quer entre os membros da equipa de enfermagem quer entre outras equipas (Macphail, 2001).

A satisfação tenderá a aumentar quanto maior a relação amigável e compreensiva entre líder e liderado (Seco & Graça, 2002).

Também Teixeira (2006) considera que os membros de uma equipa esperam dos seus superiores o estabelecimento de expectativas claras e consistentes, preocupação pelo seu desempenho e bem-estar, que valorize o seu empenhamento e promova o crescimento e desenvolvimento. Não obstante da formação, inteligência ou grau de especialização, numa organização há que se considerar principalmente a forma como os diversos funcionários interagem (Filho & Facirolli, 2007).

A análise elaborada através das considerações de cada autor acerca da componente interacção parece incidir de certa forma sobre uma outra componente, o status profissional. Ainda assim esta componente não foi devidamente reconhecida como importante na satisfação profissional, sendo até a menos importante para os enfermeiros sob chefia da enfermeira F.

André & Neves (2001) consideram que a par da importância da interacção em meio laboral também o status profissional é decisiva nas referências a satisfação profissional, independentemente dos anos de serviço. Seco & Graça (2002) defendem que qualquer profissional aprecia e valoriza o elogio ao seu trabalho e o respectivo reconhecimento, especialmente, se oriundo de seus superiores ou colegas de equipa.

Uma das importantes formas de reconhecimento é a de proporcionar *feed-back* relativamente à competência de quem desempenha o trabalho, dando-lhe a conhecer os aspectos a alterar, por forma a que o indivíduo se mostre mais eficaz. Por outro lado Quintela & Santos (1999) acham esta componente pouco preditiva da satisfação profissional.

Da análise dos coeficientes de ponderação de cada componente e das respostas obtidas na Parte B do instrumento de colheita de dados, referentes ao índice de satisfação profissional, foi exequível a determinação da satisfação profissional global. A escala de satisfação tinha uma variação possível entre 2,5 e 17,5, uma vez que foi utilizado um factor de correcção de +2,5. Nesta escala 2,5 evidencia uma satisfação nula, 10 uma satisfação moderada e 17,5 uma satisfação total.

De entre as 17 equipas de enfermagem a satisfação total teve uma variação de 0,23 e uma média de 9,87, representando na sua globalidade uma satisfação moderada.

Das diversas equipas a que se encontra sob chefia da enfermeira I apresenta o maior índice de satisfação. Curiosamente este índice de satisfação profissional coincide com uma avaliação da chefia muito próxima do Excelente, relembrando 0,74. É também esta equipa de enfermagem a que não apresenta qualquer um dos comportamentos de insatisfação considerados no instrumento de colheita de dados. Analisando mais ao pormenor os dados obtidos, os componentes que mais contribuem para a satisfação desta equipa são o status profissional, a remuneração e os requisitos do trabalho. De entre eles ignoremos a remuneração, pois tal como supracitado, não se trata de uma componente variável ou dependente do enfermeiro chefe. Já no que diz respeito ao status profissional e aos requisitos do trabalho, trata-se de componentes que para André & Neves (2001) e Seco & Graça (2002) têm grande impacto na satisfação profissional, ainda que não somente, para estes autores a interacção é também relevante, pois representam identicamente necessidades de auto-realização e de realização profissional. Descritas estas componentes [status profissional e requisitos do trabalho], segue-se, nesta equipa, a componente interacção com alta ponderação. Todos estes resultados evidenciam um estilo de liderança adequado às expectativas de cada profissional, uma liderança baseada fundamentalmente na abertura, razoabilidade, inovação, atitude positiva, atitude construtiva, investimento na qualidade, apoio e conhecimentos, de acordo com os dados obtidos através do instrumento de avaliação da chefia.

No outro extremo da escala encontramos a percepção da equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira chefe P, com um índice de satisfação profissional de 8,88, o mais baixo da escala. Do mesmo modo que face à equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira I, porém inversamente proporcional, o menor índice de satisfação profissional coincide com a apreciação mais penalizadora face à chefia (2,85).

Para esta equipa as componentes mais importantes para a satisfação profissional são a autonomia, normas organizacionais e requisitos do trabalho, componentes estas que dependem em grande parte do estilo de liderança/comportamento da chefia, relativamente às expectativas da equipa. Trata-se da equipa de enfermagem mais jovem do estudo, tanto em termos de idade cronológica, como de tempo de exercício profissional e exercício sob chefia da presente chefe.

Segundo estes profissionais de saúde são negligenciados, por parte da enfermeira chefe P, aspectos fulcrais como a razoabilidade, a liberdade, a atitude positiva, a atitude

construtiva, o apoio, as expectativas e os conhecimentos. Curiosamente as especificidades de liderança que fazem da enfermeira chefe I a mais apreciada pelas equipas em observação. Consequentemente são evidenciados percentuais significativos de comportamentos de insatisfação: saída (85,7%), lealdade (71,4% não são leais), voz (57,1% manifestam este comportamento) e negligência (14,3%).

A facilidade de acesso aos respectivos serviços (I e P) permitiu-me inquirir, junto dos enfermeiros, e informalmente, a percepção pessoal que têm sobre as chefias, sem que lhes fosse dito os dados obtidos através da colheita de dados. Os enfermeiros sob liderança da enfermeira chefe I consideram-na um exemplo, um parceiro, um colega. Alguém que motiva, auxilia, compreende e acompanha a prestação de cuidados de enfermagem. Face à enfermeira chefe P os enfermeiros verbalizam falta de confiança da mesma pela sua prestação, falta de apoio e de compreensão. As reacções demonstradas denotam sentimento de violação do contrato psicológico e stress.

Sobressaem ainda 3 equipas que contrariamente ao expectável e evidenciado pelas remanescentes, embora manifestem uma elevada apreciação do estilo de liderança denotam um dos índices de satisfação mais baixos, como exemplo as equipas sob chefia da enfermeira G; ou também, as mais críticas face à chefia patenteiam um dos índices de satisfação mais elevados, equipa da enfermeira chefe E e M, embora exteriorizem percentuais significativos de comportamentos de insatisfação (especialmente saída, baixa lealdade e negligência).

Relativamente à equipa sob chefia da enfermeira G, 66,7% têm mais de 33 anos, representando uma equipa mais experiente, e com menores referências a comportamentos de insatisfação. Esta equipa dá maior ênfase à remuneração e à autonomia, enquanto componentes com impacto na sua satisfação profissional.

Por outro lado as equipas chefiadas pelas enfermeiras E e M dão maior importância à autonomia e interacção, depreciando por seu lado a remuneração. As equipas diferem igualmente quanto às idades, sendo que na equipa sob chefia da enfermeira E 57,1% têm mais de 33 anos e na equipa M 62,5% tem idade inferior a 27 anos.

5.5. Liderança e desempenho profissional

O estabelecimento de correlações entre a percepção que os enfermeiros têm do seu superior hierárquico, com o índice de satisfação e os indicadores de desempenho

(especificamente: de produção), não comprovou interdependências eloquentes, conforme o pretendido. Identifica-se apenas uma correlação muito alta, entre a avaliação efectuada face à chefia e os indicadores de produção.

De acordo com os dados, a apreciação face à chefia parece correlacionada com o desempenho dos enfermeiros de cuidados gerais, não representando indubitavelmente maior ou menor satisfação, pois tal facto está condicionado pelas componentes que, para a globalidade dos enfermeiros de cada serviço, é mais significativo para a sua satisfação profissional.

Segundo Cura & Rodrigues (1999) qualquer funcionário avalia as suas práticas no trabalho a partir de um leque de atitudes, crenças e valores que lhe são inerentes, e todos estes aspectos influem o seu estado emocional para com o trabalho. Mas não somente, a ausência de valorização profissional, a inexistência do sentimento de pertença, a quebra do contrato psicológico e relações hierárquicas e interpessoais conflituosas também o influenciam.

A gestão de recursos humanos é um processo organizacional complexo que envolve relações de poder e não se limita ao conjunto de práticas. Tanke (2004) afirma que esta gestão deve ser adaptada às características dos recursos humanos pois eles são o elo crítico entre a prestação de cuidados e o utente. No caso da saúde torna-se imprescindível o desenvolvimento de uma equipa mais diferenciada, implementando-se novas atitudes de trabalho e gerindo-se com sensibilidade a comunicação e relações interpessoais entre líder e liderados. Quando o envolvimento dos colaboradores é possível desenvolvem-se sentimentos de pertença e, conseqüentemente, maior eficácia, eficiência e dinâmica na prestação de cuidados.

Gerir recursos humanos altamente especializados, como o caso dos enfermeiros, requer estratégias específicas nas mais diversas áreas do saber (saber saber, saber fazer, saber ser e saber estar), quando se estabelece uma relação de influência e poder. O baixo envolvimento, a baixa responsabilização ou baixa delegação de tarefas pode desencadear sentimentos de injustiça e limitar o desempenho profissional, conforme o patenteado pelo estudo.

Depreende-se dos dados obtidos que os enfermeiros não se encontram insatisfeitos com o trabalho, e que prezam, na sua maioria, componentes como a autonomia e a interacção nessa descrição, componentes que na sua essência estão intrínsecas à função de chefia, e este aspecto sim, comprova forte influência na produtividade desta classe profissional.

Compete deste modo ao enfermeiro chefe o incremento de estratégias transparentes e equitativas que promovam bom relacionamento interpessoal e para com as políticas da instituição, impulsionando um desenvolvimento ético do processo de trabalho (Massarollo & Fernandes, 2005).

6. CONCLUSÃO

Apresentado o estudo, segue-se uma retrospectiva do trabalho desenvolvido e apresentação das principais conclusões, tendo em conta os objectivos traçados.

Quando previ a análise dos estilos de liderança e que influência esta percepção poderia ter no desempenho profissional, mensurado através de comportamentos de insatisfação, satisfação profissional e indicadores de produção, não esperava que se revelasse tão complexo e moroso. A temática parece simples, porém as condicionantes a ela inerentes mostraram-se desafiadoras, principalmente no que se refere à forte componente individual, de grupo e de cultura organizacional dos profissionais em análise, ou seja, enfermeiros generalistas do Cuidados de Saúde Primário da RAM.

A pesquisa bibliográfica que me permitisse fundamentar as temáticas em análise foi igualmente morosa. A vastidão de teóricos ao longo dos anos e todas as abordagens a elas inerentes dificultaram a análise e compreensão das mesmas. Todavia, essa magnitude revelou-se insignificante, pela ausência de estudos que procurassem relacionar estilos de liderança, comportamento de insatisfação, satisfação profissional e desempenho profissional. Ainda que recentemente se tivessem desenvolvido diversos estudos acerca da satisfação profissional na classe de enfermagem em Portugal, nenhum dos estudos se revelou cadenciado com os objectivos deste estudo. Razão pela qual, também a metodologia de investigação se revelou complexa e difícil.

A utilização de escalas previamente validadas e adaptadas à realidade portuguesa, e especificamente à classe de enfermagem, como a escala de avaliação da supervisão e o índice de satisfação profissional, tornou-se numa mais-valia na prossecução dos objectivos delineados.

A colheita de dados careceu de mais tempo que o esperado, pois houve a necessidade de me deslocar a todos os serviços e falar com as enfermeiras chefes para entrega, apresentação da investigação e seus objectivos, e esclarecimento de dúvidas.

O estudo totalizou 69,23% dos enfermeiros generalistas dos serviços em estudo. Do restante percentual, 2,20% devem-se a recusa à participação no estudo (quatro enfermeiros), 25,82% por ausência ao serviço aquando do período de colheita de dados (por motivos de férias, licenças para frequências a Cursos de Especialização e licenças de maternidade) e restante percentual, 2,75%, equivalente a 5 enfermeiros, foram

desprezados, pela presença de correlações nas respostas, efectuadas com corretor e caneta de cor diferente.

No que diz respeito aos objectivos da investigação e relativamente aos comportamentos de insatisfação os dados mostram que:

- 7% mudou de serviço recentemente;
- 1% encontra-se à procura de outro local de trabalho;
- 8% dos enfermeiros possui um *part-time*;
- 26% não tem à vontade para debater com o superior hierárquico aspectos de injustiça laboral;
- 20% não acredita na metodologia de trabalho implementada pelo superior hierárquico;
- 15% dos enfermeiros procura passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das actividades;

Os dados auferidos pelo instrumento utilizado para analisar a percepção da equipa face à supervisão permite verificar que:

- A apreciação das equipas varia entre o 1 e o 3, ou seja, Muito Bom e Regular;
- As equipas sob chefia das enfermeiras B, F, G, I, J e Q tiveram as melhores apreciações (Muito Bom), e as equipas sob chefia das enfermeiras E, M e P obtiveram menor ponderação (Regular);
- As enfermeiras chefes E, M e P, devem o juízo obtido nesta escala às críticas no que se refere aos itens: expectativas, investimento na qualidade, circulação da informação, atitude construtiva, razoabilidade e conhecimentos;
- A equipa sob chefia da enfermeira P apresentou a apreciação mais penalizadora face à sua chefia (2,85);

Quanto à avaliação da satisfação profissional:

- Os enfermeiros consideram a Autonomia como a componente com maior impacto na satisfação profissional e as normas organizacionais evidenciaram a componente menos importante;
- A equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira I patenteia a maior satisfação profissional (11,08);
- A equipa de enfermagem sob chefia da enfermeira P expõe a menor satisfação profissional do grupo (8,88);

Face aos objectivos traçados para a investigação, nomeadamente em que medida a percepção face à supervisão/liderança influencia comportamentos de insatisfação, a satisfação profissional dos enfermeiros de cuidados gerais e, ulteriormente, em que medida influencia o seu desempenho profissional, verificou-se que:

- A equipa de enfermagem com maior apreciação face à sua chefia (equipa sob supervisão da enfermeira I) não evidencia comportamentos de insatisfação;
- A equipa sob chefia da enfermeira P, a mais penalizadora face à supervisão do superior hierárquico mais directo, evidencia percentuais significativos de comportamentos de insatisfação: saída (85,7%), lealdade (71,4% não são leais), voz (57,1% manifestam este comportamento) e negligência (14,3%);
- À equipa com maior apreciação face à chefia corresponde o maior índice de satisfação profissional, e à equipa mais penalizadora face à supervisão condiz com a menor satisfação profissional;

As correlações que se procuravam demonstrar foram apenas comprovadas nas equipas I e P, existindo equipas, em contrapartida, com elevada apreciação face à chefia porém com percentuais significativos de comportamentos de insatisfação e dos mais altos índices de satisfação profissional, ou ainda equipas mais críticas face à supervisão, com menores referências a comportamentos de insatisfação e um índice de satisfação elevado.

A única correlação de Pearson significativa, ante a questão central: em que medida estilos de liderança influem a satisfação profissional e o desempenho dos enfermeiros de cuidados gerais ao nível dos Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira (RAM); patenteou-se entre avaliação efectuada face à chefia e os indicadores de produção;

As conclusões do estudo não vão de encontro ao expectável, no qual se procurava evidenciar que ao nível dos recursos humanos a satisfação e o desempenho são fortemente influenciados pela liderança, ao mesmo tempo que se procurava identificar que aspectos são mais críticos para a satisfação profissional e apreciação face à supervisão. Os diversos limites e dificuldades já referenciadas apenas alongaram a circunscrição do trabalho de investigação e da sua metodologia.

Na possibilidade de recommençar o estudo, a principal alteração seria efectuada ao instrumento de colheita de dados que procura analisar a percepção face à supervisão, e

um tratamento de dados do tipo regressivo para estabelecimento das correlações. Alterações estas que poderiam conduzir o estudo para os objectivos pretendidos.

Como recomendações para estudos posteriores, dentro da mesma esfera, alvitava o estabelecimento de um paralelo entre a avaliação da supervisão/chefia quer, por parte dos enfermeiros como por parte da chefia em si e dos supervisores em instâncias superiores, ou seja a análise da chefia sob três perspectivas, a própria, percepção dos gestores e percepção dos liderados.

É certo que nenhum modelo teórico referente aos estilos de liderança afirma qual o mais eficaz, porém a análise sob diversas perspectivas poderá conduzir à criação de uma metodologia/postura mais assertória ao nível da liderança de enfermeiros de cuidados gerais em Cuidados de Saúde Primários.

O estudo e toda a pesquisa a ela inerente permitiu compilar o estado da arte, o que se revelou gratificante quer para futuras considerações como para comportamentos de liderança.

BIBLIOGRAFIA

- André, Orlanda; Neves, Ajuda. (2001). Satisfação profissional dos Enfermeiros em Serviços de Urgência. *Nursing*. N.º157. Julho/Agosto. Lisboa;
- Arvey, R. D.; Murphy, K. R. (1998) Performance evaluation in work settings. *Annual Review of Psychology*; 4: pág.141–168;
- Ashforth, B. & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14 (1).
- Bamber, M. & Venkataraman, I. (2002). Big 5 auditor's professional and organizational identification: consistency or conflict? *Auditing: a Journal of Practice & Theory*, 21 (2).
- Bass, Bernard (2007). Concepts of Leadership, In Robert P. Vecchio (ed.) *Leadership. Understanding the Dynamics of Power and Influence in Organizations*, 2nd edition, Notre Dame: University of Notre Dame Press;
- Bauchot [et al]. (1989). *A aventura da vida – As suas origens e a sua evolução*. Selecções do Reader's Digest. Lisboa;
- Bennis, W. (1992). *O retrato-robot de uma nova geração de líderes*. Executive Digest, 1999, nº58.
- Bennis, Warren; Nannus, Burt. (1988). *Líderes: estratégias para assumir a verdadeira liderança*. Cultrix. São Paulo;
- Bergamini, C. W. (2006). *O Líder Eficaz*. Atlas. São Paulo;
- Bergamini, C. W., (1994). *Liderança – Administração do Sentido*. (1^o ed.), Editora Atlas S.A. São Paulo.
- Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. (2006). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos*. Padrões Culturais Editora. Lisboa;
- Blake, R.R., Mouton, J.S. (1978) *O Grid Gerencial*. Tradução Equipe Técnica da Concisa. 3^a ed. Pioneira. São Paulo;
- Boavista, Anabela Quelhas. (1998). Motivação... por onde andas? *Informar*. N.º10. Julho/Setembro. Porto;
- Borman, W.C.; Motowidlo, S. J. (1993). Expanding the criterion domain to include aspects of contextual performance. In N. Schmidt, W. C. Borman, &

- Associates (Eds.). *Personnel selection in organizations* (pp. 71-98). CA: Jossey-Bass Publishers. São Francisco;
- Brown, M., Hohenshil, T.H.; Brown, D. (1998). *School Psychologists' job satisfaction in the USA: A national study*. *School Psychology International Journal*, 19(1).
 - Campbell, J. P. (1990). Modeling the performance prediction problem in industrial and organizational psychology. In M. Dunnette; L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol.1, 2nd, pp. 687-731). Consulting Psychologist Press. Palo Alto, CA;
 - Casa Nova, António. (s.d.). *A Eficiência na Gestão dos Cuidados, o Papel do Enfermeiro*. [Pesquisa efectuada a 01.09.2009]. **URL:** <http://209.85.229.132/search?q=cache:kb-BkfoH2kQJ:arquivo.hospitaldofuturo.com/%3Fp%3D45+Gest%C3%A3o+de+equipas+de+enfermagem&cd=6&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt;>
 - Cavalcanti, V. L. et al. (2006). *Liderança e motivação*. 2ª ed. FGV. Rio de Janeiro;
 - Cavalcanti, Vera Lúcia. (2002). *Desenvolvimento de Equipes Estratégicas*. Cursos de Educação Continuada. Rio de Janeiro;
 - Chasco, A. Urricelqui; Aznarez, A. C. Sanz. (2000). Satisfacción Laboral y Factores asociados en el personal de enfermaria. "Rol". N.º178. Maio. Barcelona;
 - Chiavenato, Idalberto. (1999). *Introdução à teoria geral da administração*. Makron Bool. São Paulo;
 - Chiavenato, Idalberto (1999). *Administração nos Novos Tempos*. T ed. Campus. Rio de Janeiro;
 - Conde, L. M. R. (2004). *Liderança e identidade potente: uma perspectiva para gerência compartilhada*. Dissertação (Tese de Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
 - Conger, J. A.; Kanungo, R. N. Kanungo (1998). *Charismatic Leadership in Organizations*. Sage Publications. Thousand Oaks, CA;
 - Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). *Liderança para a mudança*. [Pesquisa efectuada a 01.09.2009]. **URL:** [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/LPM/BrochuraLPMProtegida.pdf;](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/LPM/BrochuraLPMProtegida.pdf)

- Crawford, R. (1994). *Na era do capital humano*. Tradução Luciana Bontempi Gouveia. Atlas. São Paulo;
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C. & Cabral-Cardoso, C. (2006). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão* (5.^a edição, revista e actualizada). RH. Lisboa;
- Cura, M.L.A.D; Rodrigues, A.R.F. (1999). *Satisfação profissional do enfermeiro*. Rev. Latino-Americana Enfermagem. Vol. 7. N.º. 4. Outubro;
- Davis, K.; Newstrom, J. W. (1992). *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica*. Pioneira. São Paulo;
- Decreto-lei 437/91, de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem). [Pesquisa efectuada a 23.09.2009] **URL:** <http://www.enfermeiros.pt/content/view/581/1/>;
- Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros). [Pesquisa efectuada a 23.09.3009] **URL:** http://www.esslei.ipleiria.pt/files/_161_96_43590f65e0c9b.pdf?swp_esslei_portal=0869c36f5ea0090c8ab48545b0ebfeab;
- Drucker, P. F. F. (1996). *O Líder do Futuro: Visões, estratégias e práticas para uma nova era*. Futura. São Paulo;
- Drucker, Peter F. (2000). *Liderança para o século XXI*. Peter F. Drucker Foundation. Ed. by Frances Hesselbein, Marshall Goldsmith and Ian Somerville. Trad. de Cynthia Azevedo. *Employees respond positively to enriched work*. Journal of Applied Psychology, 61(4), 395-403.
- Ferreira, Maria Manuela (2008). *Estratégias de Promoção da Autonomia dos enfermeiros chefes aos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. [Pesquisa efectuada a 23.09.3009]. **ID Sistema:** <http://hdl.handle.net/10216/7252>;
- Ferreira, Pedro Lopes. (1996). *Satisfação dos Profissionais de Enfermagem Saúde Infantil*. N.º18. Abril. Coimbra;
- Ferreira. J. M. Carvalho [et al]. (1998) *Psicossociologia das Organizações*. McGraw-Hill de Portugal. Alfragide;
- Fiedler, Fred E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. McGraw-Hill .New York
- Fiedler, Fred E.; Garcia, Joseph E. (1987). *New Approaches to Effective Leadership. Cognitive Resources and Organizational Performance*. Wiley. New York;

- Figueira, Maria da Luz; Câmara, Maria Helena. (2003). *Satisfação dos Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHF*. Trabalho de investigação do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny;
- Filho, Alírio de Cerqueira; Facirolli, Margareth de Souza. (2007). *A importância da inteligência emocional no trabalho*. [Consulta a 05 de Agosto de 2010].
URL:
http://www.plenitude.com.br/index.php?pg=noticias/news/index_noticias.php?id=120;
- Fortin, Marie Fabiene (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociências. Loures;
- Frederico, Manuela (1999). *Princípios de administração para enfermeiros*. Formasau. Coimbra;
- Gomes, Sérgio. (1999). Percepção do desempenho e satisfação profissional dos enfermeiros. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 3, No 1 (Semestre 1, 1999) p. 38-44;
- Gonçalves, Águeda da Assunção. (1999). Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos. *Revista Sinais Vitais*. N.º 23 (Março), p.19 – 22;
- Gonçalves, Águeda. (1999). Satisfação Profissional em Enfermagem: Resultados Empíricos. *Sinais Vitais*. N.º23. Março;
- Graça, Luís. (1999) *Satisfação profissional: o melhor do SNS somos nós*. [Consulta a 05 de Agosto de 2010]. **URL:**
<http://www.ensp.unl.pt/luisgraca/textos26.html>;
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley;
- Hesbeen, Walter. (2000). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência. Loures;
- Hersey, Paul; Blanchard, Keneth H. (1999). *Psicologia para Administradores – A Teoria e as técnicas da Liderança Situacional*. São Paulo;
- Hirschman, Albert. (1973). *Saída, voz e lealdade: reacções ao declínio de firmas, organizações e Estados*. Perspectiva. São Paulo;
- House, R.J.; Mitchell, T.R. (1974). *Path-goal theory of Journal of Contemporary Business. Leadership*. Journal of Contemporary Business. N.º 3;

- Irving, G., Coleman, D. & Cooper, C. (1997). *Further assessments of a three-component model of occupational commitment: generability and differences across occupations*. Journal of Applied Psychology, 82 (3).
- James, L. R.; Tetrick, L. E. (1986). *Cormatory analytic tests of three causal models relating job perceptions to job satisfaction*. Journal of Applied Psychology, 71, 77-82. URL: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1559-1816/issues](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1559-1816/issues)
- Johann, Maria Elizabeth Pupe. (2002). *Comunicação e Relacionamentos Interpessoais*. Rio de Janeiro: Cursos de Educação Continuada.
- Kinicki, Angelo. Kreitner, Robert. (2006). *Comportamento Organizacional*. 2ª Edição. McGraw-Hill;
- Kotter, John P. (1999). *What leaders really do?* Harvard Business Review Book.
- Krejcie, R. V; Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. Educational and Psychological Measurement. 30. 607-610;
- Kron, Thora. (1978). *Manual de Enfermagem*. 4.ª Edição. Rio de Janeiro: Interamericana;
- Laborda, Ana García et al. (1996). *Satisfacción Profesional de las enfermeras*. “RoI”. N.º174. Barcelona;
- Leopardi, Maria Tereza. (2001). *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Palotti.
- Likert, Rensis. (1961). *New Patterns of Management*. McGraw-Hill Companies;
- Lima, Luísa Pedroso de. (2002) *Atitudes: Estrutura e mudança*. In Vala, Jorge. (2002) *Psicossociologia Social*. 5ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Lucas, João S. (1984). *Satisfação Profissional: Problema de gestão ou administração de recursos humanos? - O caso da enfermagem*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 2, n.º 2, Abril/Junho 1984.
- Lucas, João Santos. (1984). *Satisfação profissional dos profissionais de saúde: teorias e conceitos*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol.2. N.º1. Lisboa;
- Lucas, João Santos. (1984). *Satisfação profissional: problema de gestão ou administração de recursos humanos?- O Caso de Enfermagem*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol.2. N.º2. Lisboa;
- Macphail, Estelle. (2001). *Panorâmica da Enfermagem de Urgência*. In Almeida, Sherrilynne et al. (2001). *Enfermagem de Urgência, da teoria à prática*. Loures: Editora Lusociência.

- Massarolo, M.C.; Fernandes, M.F.P. (2005) *Ética e gerenciamento em enfermagem*. In Kurgant, P. (Org.) *Gerenciamento em enfermagem*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro;
- Marques, Fernando Vasco da Silva. (1990). Predizer a eficácia da liderança: utilização do modelo Fiedler no caso dos centros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. Lisboa. ISSN: 0870-9205. 4 (Out./Dez./90) p. 5-21;
- Marquis, Bessie L; Huston, Carol J. (1999). *Administração e liderança em enfermagem*. 2.^a Edição. Artmed. Porto Alegre;
- Martin, U.; Schinke, S. P. (1998). Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care*. N.º 28, (2), 51-62;
- Maslow, Abraham H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row. Nova Iorque;
- Maximiano, A.C.A. (2000). *Teoria Geral da Administração: da escola científica à competitividade na economia globalizada*. Atlas. São Paulo;
- Melo Dias (2009). *Liderança em Enfermagem - Estudo do Líder, do Liderado e da Motivação*. [Pesquisa efectuada a 01.09.2009]. **ID Sistema:** <http://lusomed.sapo.pt/Xn323/435564.html>;
- Melo, E. A. A. (2001). *Comprometimento organizacional, estilos gerenciais e poder organizacional: um estudo relacional*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- Meyer, J., Allen, N. & Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78 (4);
- Morrow, P. & Wirth, R. (1989). Work commitment among salaried professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 34;
- Motowidlo, S. J. (2003). Job performance. In W. Borman, D. Ilgen, R. Klimoski (Eds.) *Handbook of Psychology*, Volume 12: Industrial and Organizational Psychology. John Wiley & Sons. New Jersey;
- Muller, C., Wallace, J. & Price, J. (1992). *Employee commitment: resolving some issues*. *Work and Occupations*, 19 (3).
- Neves, Augusto Lobato (1998) *Motivação para o trabalho: dos conceitos às aplicações*. 1.^a Edição. Editora RH. Lisboa;

- Newberry, Lorene. (2001). Gestão do Serviço de Urgência. In Almeida, Sherrilynne et al. (2001). *Enfermagem de Urgência, da teoria à prática*. Editora Lusociência. Loures;
- O'Driscoll, M. P., & Randall, D. M. (1999). Perceived organizational support, satisfaction with rewards, and employee job involvement and organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*, 48, (2), 197-209;
- Pacheco, Flávia. (2002). *Talentos Brasileiros: saiba o que eles têm em comum*. Negócio. São Paulo;
- Pestana, M., Gagueiro, J. (2005) *Análise de Dados para Ciências Sociais*. 4.ed. Lisboa. Editora Síbaló;
- Pina e Cunha, Miguel. [et al] (2004). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Editora RH. 3ª Edição;
- Prof2000. *Florence Nightingale*. [Pesquisa efectuada a 07.09.2009]. **URL:** <http://www.prof2000.pt/users/emrc/emrcAlunos/fraternidade/Florencenightingale.htm>;
- Quintela, Maria José; Santos, Paulo; (1999). Satisfação dos Enfermeiros do Hospital de Lamego. *Servir*. Lisboa;
- Rebolledo, F. Helguera, et al. (1995). Grado de satisfacción de los profesionales de los servicios de urgencia. *Todo Hospital*. N.º144. Março. Madrid;
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento Organizacional*. Tradução de Cristiana de Assis Serra. 7ª.Ed. Elsevier. Rio de Janeiro;
- Robbins, S.P. (1999). *Comportamento Organizacional*, (8ª ed.). L.T.C. Editora. Rio de Janeiro;
- Robbins, Stephen P. (2000). *Administração: mudanças e perspectivas*. Saraiva. São Paulo;
- Robbins, Stephen P. (2002). *Comportamento Organizacional*. Prentice Hall. São Paulo;
- Robbins, Stephen P. Judge, Timothy A. (2007). *Organizational Behavior*, Twelfth Edition. Pearson Prentice Hall;
- Rodrigues, Víctor M. (2000). Satisfação dos Enfermeiros de Saúde. *Nursing*. N.º141. Fevereiro;
- Rosângela, Marion da Silva. (2008). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital Universitário no Trabalho Nocturno*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Santa Maria. RS. Brasil.

- Rowe, W.G. (2002). *Liderança estratégica e criação de valor*. RAE. Revista de Administração de Empresas, São Paulo.
- Santos, Aníbal; (1998). O ideal do Ego e a Satisfação Profissional. *Revista Referência*. nº.0. pág. 59-67;
- Santos, Carla; Ramalhosa, Maria Fátima; Drumond, Paula. (2007). *Satisfação dos enfermeiros nos cuidados continuados em serviços de internamento*. Trabalho de investigação do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Seco, Maria; Graça, Santos. (2002). *A Satisfação dos Professores*. Edições Asa. Porto;
- Solange, (2008). *Origem da liderança*. [Pesquisa efectuada a 01.09.2009]. **URL:** <http://admdinamica.blogspot.com/2008/11/origem-da-liderana-mesopotmia-foi-regio.html>;
- Spricigo, Marcos José. (1999). *Desenvolvimento de habilidades operacionais: uma proposta de gestão do conhecimento operacional*. Dissertação de Mestrado. UFSC.
- Syroit, J. (1996). *Liderança organizacional*. In C. A. Marques e M. P. Cunha (Coord.), *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas*. Publicações D. Quixote, Lisboa, Portugal, pp. 237-271.
- Tanke, Mary L. (2004). *Administração de Recursos Humanos em Hospitalidade* Tradução Roberto Galman. 2.^a edição norte-americana. Thomson Learning. São Paulo;
- Tavares, Óscar Manuel da Conceição (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. [Pesquisa efectuada a 23.09.2009]. **URL:** <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/9700/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>;
- Teixeira, Ana Lina Martins. (2005). A satisfação profissional e a inteligência emocional. *Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº59 (Mar./05) p. 52-54;
- Teixeira, Ana Lina Martins. (2006). A satisfação profissional e a inteligência profissional. *Sinais Vitais*. N.º 59. Março;

- Turney, William H. Feldman, David C. (1999). *The Impact of Psychological Contract Violations on Exit, Voice, Loyalty and Neglect*. Human Relations. Vol 52. No.7.
- Vecchio, Robert P. (2000). *Organizational Behavior Core Concepts*. Fourth Edition. Harcourt College Publishers. Estados Unidos da América;
- Veloso, Ana Luísa de Oliveira Marques Ferreira (2008). *O impacto da gestão de recursos humanos na performance organizacional*. Tese de Doutoramento em Psicologia do Trabalho e das Organizações. [Pesquisa efectuada a 23.09.2009].
URL: <http://hdl.handle.net/1822/7703>.
- Vroom, Victor H.; Yetton, Phillip. (1973). *Leadership and decision-making*. University of Pittsburg Press. Pittsburg;
- Wexley, K.; Yukl, G. (1984). *Organizational Behavior and Personnel Psychology*. Richard D. Irwin. Homewood, IL;
- Zaleznik, A. (1977). *Managers and leaders: Are they different?* Harvard Business Review, nº55.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- (2008) Relatório de Actividades dos Centro de Saúde (documentação interna do SESARAM, E.P.E.)

APÊNDICES

Informação ao participante

Eu, Adério Joni de Freitas Rocha, enfermeiro a desempenhar funções no SESARAM, EPE, pretendo empreender um trabalho de investigação sobre a **Liderança e desempenho profissional em enfermagem – uma análise aos Cuidados de Saúde Primários da RAM.** Este estudo surge no seguimento da conclusão do Mestrado em Gestão em Unidades de Saúde, e tem como objectivo: caracterizar os estilos de liderança e correlacioná-los com a satisfação profissional dos enfermeiros e posteriormente com o seu desempenho.

A selecção dos sujeitos tem por base a técnica de amostragem probabilística, onde todos os enfermeiros generalistas a exercer funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, têm a mesma probabilidade de serem seleccionados.

O preenchimento do questionário será realizado por si e levará no máximo 20 minutos. A informação recolhida será analisada de forma responsável, garantindo a confidencialidade e o anonimato. Não corre qualquer risco por participar neste estudo nem quaisquer despesas da sua parte, com excepção do tempo necessário para o preenchimento do questionário. Não irá receber nenhum benefício imediato por participar mas, as informações que me fornecer, serão importantes para conhecer e avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros, o seu desempenho e correlacioná-lo com a liderança por parte do seu enfermeiro chefe.

A informação ao participante assim como o questionário preenchido serão armazenados, separadamente, em envelopes disponíveis para o efeito, no seu serviço. No final do trabalho os dados colhidos serão destruídos e nenhuma informação que identifique o participante será divulgada.

A divulgação dos dados desta investigação será no âmbito do Mestrado, e após apresentação na instituição SESARAM, E.P.E., em revistas de divulgação de conhecimento científico e em congressos. Neste caso, a sua identificação será confidencial e não será revelada na publicação.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Pode recusar participar ou desistir em qualquer altura. Se decidir não participar, respeitarei a sua decisão.

Com a assinatura deste consentimento informado não ocorre renúncia a nenhum dos seus direitos.

Termo de consentimento livre e esclarecido

Pesquisador mestrando: Adério Joni de Freitas Rocha

Orientadora/ Pesquisadora Responsável: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ferreira

Eu....., livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, informo que aceito participar no estudo de investigação: *Liderança e desempenho profissional em enfermagem – uma análise aos cuidados de saúde primários da RAM*, de autoria de Adério Joni de Freitas Rocha, mestrando do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade do Minho, a preparar a dissertação de mestrado. Este estudo tem como objectivos: caracterizar estilos de liderança adoptados pelos enfermeiros chefes ao nível dos cuidados de saúde primários, correlacioná-los com a satisfação profissional dos enfermeiros e com indicadores de enfermagem.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada dos objectivos, da justificativa e dos procedimentos do estudo. Estou igualmente ciente de que:

- ✓ terei a garantia de receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e dúvidas acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento do estudo;
- ✓ deixarei de participar a qualquer momento do estudo bem como retirar meu consentimento sem constrangimento e sem sofrer qualquer tipo de represália;
- ✓ ficarei com uma via deste documento e a outra com a pesquisadora sendo que não terei minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- ✓ riscos: o estudo não oferece riscos aos pesquisados, e visa favorecer uma melhor compreensão da relação satisfação dos enfermeiros, desempenho profissional e estilos de liderança;
- ✓ benefícios: este estudo poderá contribuir com novas investigações que venham a ser realizadas com relação à temática bem como sugerir acções interventivas com vistas à melhoria da qualidade de vida do trabalhador;

- ✓ minha participação é isenta de despesas e a minha assinatura representa que aceito participar voluntariamente do estudo;

Participante

Adério Joni de Freitas Rocha

Data: ____ de _____ de 2010

Para maiores informações:

Adério Joni de Freitas Rocha.

tel.: 965861009

E-mail: aderiorocha@gmail.com

Eu....., abaixo assinado, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, informo que aceito participar no estudo de investigação: *Liderança e desempenho profissional em enfermagem – uma análise aos cuidados de saúde primários da RAM*, de autoria de Adério Joni de Freitas Rocha, mestrando do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade do Minho, a preparar a dissertação de mestrado.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada dos objectivos, da justificativa e dos procedimentos do estudo.

Assinatura do participante

Data: ____ de _____ de 2010

Caracterização sócio-demográfica

1. Idade: _____ anos
 2. Género: M ☐ F ☐
 3. Estado Civil:

Solteiro/a:	<input type="checkbox"/>
Casado/a/União de facto:	<input type="checkbox"/>
Viúvo/a:	<input type="checkbox"/>
Divorciado/a:	<input type="checkbox"/>
 4. Categoria Profissional:

Enfermeiro/a:	<input type="checkbox"/>
Enfermeiro/a Graduado/a:	<input type="checkbox"/>
 5. Tipo de Vínculo:

RCCP:	<input type="checkbox"/>
CIT:	<input type="checkbox"/>
CCT:	<input type="checkbox"/>
Outro: _____	
 6. Tempo de Serviço: _____ anos
 7. Há quanto tempo exerce funções no presente estabelecimento: _____ anos
-
8. Mudou de serviço recentemente: Sim ☐ Não ☐
 9. Actualmente, encontro-me à procura de outro local de trabalho: Sim ☐ Não ☐
 10. Possui um part-time: Sim ☐ Não ☐
 11. Tenho à vontade para debater, com meu superior hierárquico, aspectos de injustiça laboral percebida; Sim ☐ Não ☐
 12. Acredito na metodologia de trabalho implementada pelo meu superior hierárquico e sou capaz de a defender perante terceiros: Sim ☐ Não ☐
 13. Procuro passar despercebido para usufruir de maior liberdade e autonomia no planeamento das minhas actividades (incluindo pausas e assuntos pessoais) Sim ☐ Não ☐

IASP - Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional

Apreciação dos itens face à Supervisão (Estilos de Liderança)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
A. Abertura: abertura e disponibilidade revelada para consigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Razoabilidade: justo e razoável, para si e para os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Inovação: permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Liberdade: liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões quando necessário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Atitude positiva: diz quando algo é bem feito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Atitude Construtiva: diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Investimento na Qualidade: esforço dispendido pelo seu superior hierárquico para melhorar a qualidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Apoio: forma como o seu superior o/a apoia perante os outros quando necessita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Expectativas: informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Conhecimentos: experiência e conhecimentos do seu superior sobre o seu desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Circulação da informação: informação adequada e a tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice de Satisfação Profissional

PARTE A

Abaixo estão listados e brevemente definidos seis termos ou factores que estão envolvidos em como as pessoas se sentem acerca de sua situação de trabalho. Cada factor tem algo a ver com satisfação profissional ou satisfação no trabalho. O objectivo é determinar qual desses factores é o mais importante para si em relação aos demais.

Por favor, leia cuidadosamente as definições de cada factor:

- Autonomia: grau de independência, iniciativa e liberdade, tanto permitido quanto necessário, nas actividades diárias do trabalho.
- Interação: oportunidade de contacto social e profissional, formal e informal durante o horário de trabalho.
- Status profissional: importância ou significância percebida acerca do seu trabalho, tanto no seu ponto de vista como no de outros.
- Requisitos do trabalho: tarefas ou actividades que devem ser executadas como parte regular do trabalho.
- Normas organizacionais: normas administrativas e procedimentos propostos pela instituição e administração do serviço de enfermagem.
- Remuneração: pagamento em dinheiro e benefícios adicionais recebidos pelo trabalho executado.

Instruções: seguem-se 15 pares de entre esses factores, que corresponde ao todo dos conjuntos de combinações. Nenhum par está repetido ou invertido. Para cada um dos termos, decida qual o mais importante para a sua satisfação profissional, marcando com um **x** no espaço apropriado.

Por exemplo, se sente que a remuneração (como definida acima) é mais importante que autonomia, marque o campo **remuneração**. Ainda que lhe seja difícil escolher, faça um esforço para responder a todos os itens.

1.		Status profissional
2.		Remuneração
3.		Normas organizacionais
4.		Requisitos do trabalho
5.		Status profissional
6.		Remuneração
7.		Status profissional
8.		Status profissional
9.		Interação
10.		Interação
11.		Autonomia
12.		Normas organizacionais
13.		Remuneração
14.		Interação
15.		Normas Organizacionais

Normas organizacionais	
Requisitos do trabalho	
Interação	
Normas organizacionais	
Requisitos do trabalho	
Autonomia	
Interação	
Autonomia	
Requisitos do trabalho	
Remuneração	
Requisitos do trabalho	
Autonomia	
Status Profissional	
Autonomia	
Remuneração	

PARTE B - ESCALA DE ATITUDES

Os próximos itens representam **afirmações sobre como está satisfeito com seu trabalho actual**. Por favor, responda a cada item, de forma honesta, circulando o número que corresponde à sua opinião, exemplo:

Ex: Um veículo sem combustível, dificilmente se deslocará:

Concordo Plenamente	Concordo	Concordo Moderadamente (mais ou menos)	Neutro ou indeciso	Discorda Moderadamente (mais ou menos)	Discorda	Discorda Plenamente
①	2	3	4	5	6	7

Instruções: circule o número que mais indica como se sente sobre cada afirmação.

O conjunto de números da **esquerda indicam graus de concordância** e o conjunto de números da **direita indicam graus de discordância**.

	Concordo				Discordo		
1. O meu salário actual é satisfatório	1	2	3	4	5	6	7
2. A enfermagem não é amplamente reconhecida como sendo uma profissão importante	1	2	3	4	5	6	7
3. No meu serviço, os enfermeiros dispõem-se a ajudar-se mutuamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. No meu serviço, os enfermeiros têm muito trabalho administrativo e burocrático.	1	2	3	4	5	6	7
5. No meu serviço, a equipa de enfermagem tem controlo suficiente sobre a programação do seu horário de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
6. No meu serviço, os médicos geralmente cooperam com a equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu sinto que sou supervisionada(o) mais directamente (“de perto”) do que o necessário.	1	2	3	4	5	6	7
8. Tenho a impressão que grande parte do pessoal de enfermagem está insatisfeita com o seu salário.	1	2	3	4	5	6	7
9. A maioria das pessoas reconhece a importância dos cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
10. No meu serviço, é difícil para a(o)s enfermeiras (as) novas(os) sentirem-se “a vontade”.	1	2	3	4	5	6	7

11. Não tenho dúvidas que o que faço no meu trabalho é realmente importante.	1	2	3	4	5	6	7
12. Existe uma grande lacuna entre a administração do meu serviço e os problemas diários de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu sinto que tenho participação suficiente no planeamento dos cuidados prestados aos meus clientes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Considerando o que é esperado do pessoal de enfermagem, o salário que recebemos é razoável.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu poderia realizar um trabalho melhor, se não tivesse tanto que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
16. No meu serviço, existe muito trabalho em equipa e cooperação entre os vários níveis do pessoal de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
17. Eu tenho muitas responsabilidades e pouca autoridade	1	2	3	4	5	6	7
18. Na minha instituição não existem oportunidades suficientes de promoção.	1	2	3	4	5	6	7
19. No meu local de trabalho, há muito trabalho em equipa (multidisciplinar).	1	2	3	4	5	6	7
20. No meu serviço, o meu superior hierárquico toma todas as decisões. Tenho pouco controle directo sobre meu próprio trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
21. O reajuste salarial é satisfatório.	1	2	3	4	5	6	7
22. Estou satisfeita(o) com as actividades que realizo no meu contexto de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
23. No meu serviço, o pessoal de enfermagem não é tão amigável e extrovertido quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho tempo suficiente e oportunidades para discutir os problemas de prestação de cuidados com outros membros da equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
25. Há grande oportunidade para a equipa de enfermagem participar no processo de tomada de decisões administrativas.	1	2	3	4	5	6	7
26. É-me permitida independência, excepto se solicitada por mim.	1	2	3	4	5	6	7
27. O que eu faço no meu trabalho não acrescenta nada de significativo.	1	2	3	4	5	6	7

28. No meu serviço há muita “distinção de posições”. Enfermeira (o)s mais experientes, raramente “misturam-se” com aqueles de menor experiência ou diferentes tipos de formação educacional.	1	2	3	4	5	6	7
29. Eu tenho tempo suficiente para a prestação de cuidados ao cliente.	1	2	3	4	5	6	7
30. Algumas vezes sinto-me frustrada (o) porque todas as minhas actividades parecem ser pré-programadas.	1	2	3	4	5	6	7
31. No meu trabalho, algumas vezes, tenho que fazer coisas que vão contra meu melhor julgamento profissional.	1	2	3	4	5	6	7
32. Por comparação a outros licenciados no meu local de trabalho, a minha remuneração é justa.	1	2	3	4	5	6	7
33. As decisões administrativas do meu serviço, interferem com a minha prestação de cuidados.	1	2	3	4	5	6	7
34. Sinto-me orgulhosa(o) quando falo com outras pessoas sobre o meu trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
35. Gostaria que os médicos demonstrassem maior respeito pela intervenção de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
36. Eu poderia prestar melhores cuidados se tivesse mais tempo.	1	2	3	4	5	6	7
37. Os médicos geralmente compreendem e apreciam o que a equipa de enfermagem faz.	1	2	3	4	5	6	7
38. Se pudesse voltar atrás, ainda assim seria enfermeiro.	1	2	3	4	5	6	7
39. Os médicos subestimam demais a equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5	6	7
40. Tenho todo o poder que quero no planeamento de normas e procedimentos no meu local de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
41. O meu trabalho, em particular, não requer muita habilidade ou conhecimento específico.	1	2	3	4	5	6	7
42. O meu superior hierárquico consulta a equipa de enfermagem para resolução de problemas diários e procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7
43. No meu local de trabalho, tenho liberdade para tomar decisões importantes, que considero apropriadas, e conto com o meu superior hierárquico para me apoiar.	1	2	3	4	5	6	7

Adaptado

